

PATRÍCIA FRAGA

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E
ACESSO À SAÚDE**

Dissertação submetida ao Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina
para a obtenção do Grau de Mestre em
Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Hélder Boska de
Moraes Sarmento

**FLORIANÓPOLIS
2015**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Fraga, Patrícia
População em Situação de Rua e Acesso à Saúde / Patrícia
Fraga ; orientador, Hélder Boska de Moraes Sarmiento -
Florianópolis, SC, 2015.
192 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em
Serviço Social.

Inclui referências

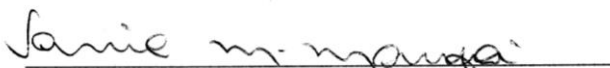
1. Serviço Social. 2. População em Situação de Rua. 3.
Acesso à Saúde . 4. Proteção social. 5. Urgência e
emergência em saúde. I. Sarmiento, Hélder Boska de Moraes.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Serviço Social. III. Título.

Patrícia Fraga

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E ACESSO À SAÚDE

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Serviço Social”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Florianópolis, 06 de maio de 2015.

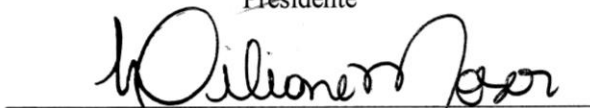


Prof.^a. Dr.^a. Vania Maria Manfro
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social –
UFSC

Banca examinadora:



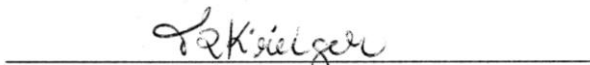
Prof. Dr. Helder Boska de Moraes Sarmiento
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - UFSC
Presidente



Prof.^a. Dr.^a. Liliane Moser
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – UFSC
Membro



Prof.^a. Dr.^a. Mariana Pfeifer Machado
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – UFSC
Membro



Prof.^a. Dr.^a. Tania Regina Krüger
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – UFSC
Membro

AGRADECIMENTOS

Neste momento tão especial faço minhas as palavras de Monteiro Lobato que um dia escreveu que “tudo é loucura ou sonho no começo. Nada do que o homem fez no mundo teve início de outra maneira - mas já tantos sonhos se realizaram que não temos o direito de duvidar de nenhum”. O que em inúmeros momentos ao longo destes últimos dois anos pareceu-me apenas sonho, hoje se materializa sob a forma deste trabalho fruto de muito estudo e dedicação. Trabalho este, que traz em cada palavra escrita e ideia expressa um pouquinho de cada pessoa especial que dele faz parte. Então, neste momento dedico-me a escrever com grande emoção meus sinceros agradecimentos àqueles que estiveram presentes nesta jornada:

À Universidade Federal de Santa Catarina que me proporcionou ensino de qualidade desde a graduação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, à professora Vania Maria Manfroi Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFSC e à todos os professores e servidores que iluminam nosso processo de aprendizagem. Em especial as professoras Liliane Moser, Tania Regina Krüger e Mariana Pfeifer pela dedicação na leitura, pelas contribuições e análise sobre este trabalho, cujas reflexões incitadas foram de imensa valia.

À professora Jane Cruz Prates pela leitura, dedicação e pelos belíssimos pareceres que iluminaram a construção do projeto e ampliaram a reflexão sobre o tema.

Ao meu orientador Professor Hélder Boska de Moraes Sarmiento, pelo conhecimento compartilhado, pela confiança e atenção que contribuíram muito para meu processo de formação.

Às amigas Rosana S. de Moraes Sarmiento e Ciberen Ouriques pelo companheirismo, discussões e parceria nos estudos a esse tema que tanto amamos.

Ao querido Cristiano dos Passos, o professor que me ensinou a gostar da língua portuguesa e que gentilmente converteu o resumo desta dissertação para o inglês.

Ao Matheus, meu esposo, por estar sempre ao meu lado nos momentos difíceis e nas conquistas cotidianas. Por me apoiar e por se dedicar de forma amorosa à realização de mais este sonho. Sem você nada disso seria possível, este trabalho é nosso.

Aos meus filhos Endy Atã e Cauê Atã pela compreensão nos momentos em que me ausentei para dedicar-me aos estudos, pela torcida

e vibração nos momentos de vitória e por serem os grandes amores da minha vida. Mamãe ama vocês demais!

Aos meus sogros Regina e Elber e a minha cunhada Marina, pelo incentivo e carinho. E aos meus pais que, hoje em plano espiritual permanecem iluminando meus caminhos e me inspirando em força e coragem para seguir em frente.

À equipe do Serviço Social do HU, Tayana, Andréia, Judizeli, Tamires, Deidvid, Daiana, Mariana, Michelly, Maria pelo companheirismo e solidariedade, pelas boas risadas e pelo incentivo, agradeço a cada dia por ter tido a grande sorte de fazer parte dessa equipe maravilhosa! E, ainda, um beijo muito especial à assistente social Francielle que fez parte de uma forma única de meu processo de formação acadêmico, profissional e pessoal desde a graduação, sempre acreditando em mim, me auxiliando com suas reflexões brilhantes e me incentivando com suas palavras amigas. E também a Maria Aparecida, nossa querida Cida pelo incentivo, suporte, compreensão e pelo olhar atento às nossas dificuldades e desafios, sempre presente inspirando confiança e vibrando junto a cada vitória.

À todos (as) os residentes, estagiários (as) e bolsistas do Serviço Social do HU, em especial a Roberta, Laís, Sarah e Gabriela por instigarem a constante aprendizagem e descoberta no cotidiano do exercício profissional, por iluminarem meus dias, pela parceria, carinho e dedicação. Vocês moram no meu coração!

À todos os meus maravilhosos amigos de longa data, meus compadres e comadres, que são minha grande família e que me ajudaram a relaxar e realizar este trabalho de forma mais calma e serena.

Aos entrevistados desta pesquisa, por concederem seu tempo e por compartilharem de forma tão generosa e amável suas histórias de vida, seus medos, anseios, expectativas e sonhos. Seus relatos tão intensos e repletos de reflexões foram a fonte de inspiração deste trabalho, e me tornam eternamente grata.

A todos muito obrigada!

RESUMO

FRAGA, Patrícia. População em Situação de Rua e Acesso à Saúde. 2015. 192 f. Dissertação (Mestrado) - Serviço Social, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Esta pesquisa teve como objetivo identificar as estratégias de acesso da população adulta em situação de rua aos serviços de saúde de Florianópolis. Com vistas ao cumprimento do objetivo proposto a pesquisa contou com a revisão de literatura e levantamento bibliográfico para construção da fundamentação teórica. E, nesta direção, pautou-se em algumas das obras de Karl Marx, e, em autores que desenvolveram suas análises a respeito da forma de estruturação da sociedade capitalista tendo como referencial a teoria crítico dialética, tais como, Mézaros (2009), Antunes (1996), Castel (2008), Faleiros (1991) e Yamamoto (2001; 2004 e 2006). O movimento de resgate das obras dos autores supracitados permitiu a análise do fenômeno da população em situação de rua sob a perspectiva da totalidade. Com vistas ao aprofundamento do debate proposto o presente estudo pautou-se ainda, nas obras de importantes autores que analisam a temática da população adulta em situação de rua no Brasil, tais como, Bulla et al (2004), Escorel (1999), Ferreira e Machado (2007), Kasper (2006), Nasser (2001) Prates et al. (2004; 2011), Varanda e Adorno (2004), Silva (2009). E ainda, alguns autores que abordam a temática no que concerne à especificidade do âmbito da saúde: Adorno (2011), Aristides e Lima (2009), Bottil et al. (2009) e Junior et al. (1998). Na metodologia da pesquisa foi utilizada a técnica de entrevistas semiestruturadas, cuja amostragem seguiu o critério da acessibilidade e de inclusão progressiva. No que diz respeito a análise dos dados, buscou-se trabalhar a partir da abordagem crítico dialética, marxista. Para tanto, a pesquisa procurou primeiramente empreender um estudo acerca das condições sócio-históricas que permeiam a chamada situação de rua, o que, levou a compreender esta população enquanto um fenômeno social urbano que tem sua gênese e agravamento junto ao surgimento e desenvolvimento do sistema de produção capitalista. Foi possível ainda, constatar que a população em situação de rua constitui-se enquanto fenômeno complexo, multifacetado e multideterminado, compreendido enquanto processo de realização que se estabelece a partir de um conjunto de relações sociais; estigmas; situações sócio-econômicas de precariedade e miséria; desemprego; rompimento ou fragilização de vínculos familiares; situações de violência e exploração; enfim de um

conjunto de fatores que se gestam e solidificam no espaço doméstico permeado por relações sociais influenciadas por uma série de condicionantes que, podem levar à situação de rua. Com relação ao acesso deste segmento populacional à Política de Saúde concluiu-se que os serviços de emergências hospitalares são utilizados como principais portas de entrada ao atendimento à saúde em sentido ampliado. Entretanto, foram identificados também alguns entraves a este acesso relacionados principalmente ao preconceito e estigma social vivenciado por esta população.

Palavras chave: População em situação de rua. Saúde. Acesso. Trajetórias e limites do acesso.

ABSTRACT

FRAGA, Patricia. Homeless Population and Health Care Access. 2015. 192 f. Dissertation (Master's degree) - Social Work, Post Graduate Program in Social Work, Federal University of Santa Catarina, Florianopolis, 2015.

This research aimed to identify the access strategies of the adult homeless population to the health services of Florianopolis. In order to accomplish the proposed objective, the research included a literature review and bibliographical research to build the theoretical foundation. And, in this direction, the study was based on some of the works of Karl Marx and authors who have developed their analyzes of the form of structure of capitalist society using the critical-dialectical theory as a reference, such as Mézaros (2009), Antunes (1996) Castel (2008), Faleiros (1991) and Iamamoto (2001; 2004; 2006). The rescue of the works of these authors allowed the analysis of the phenomenon of the homeless population from the perspective of the whole. Aiming at deepening the proposed debate, this study was also based in the works of important authors who analyze the theme of the adult population on the streets in Brazil, such as Bulla et al. (2004), Escorel (1999), and Machado Ferreira (2007), Kasper (2006) Nasser (2001) Prates et al. (2004; 2011), Balcony and Adorno (2004), Silva (2009), as well as some authors that address the issue concerning the specificity of the health context: Adorno (2011), Aristides and Lima (2009), Bottil et al. (2009) and Junior et al. (1998). In the methodology of the research, we used the technique of semi-structured interviews, and its sample followed the criteria of accessibility and the gradual inclusion. With regard to data analysis, we tried to work from the marxist critical-dialectical approach. Thus, the research first sought to undertake a study on the socio-historical conditions that permeate the so-called street situation, which led to understand this population as an urban social phenomenon that has its genesis and worsening with the emergence and development of the capitalist production system. It was also possible to see that the homeless population is constituted as a complex phenomenon, multifaceted and multidimensional, understood as a process of streetlization that is established from a set of social relations; stigmas; socioeconomic situations of precariousness and poverty; unemployment; breaking or weakening of family ties; violence and exploitation, in short, from a set of factors that are bore and solidified in the domestic space permeated by social relations influenced by a variety of conditions that can lead to homelessness. Regarding the access of this population to

health policies, it was concluded that the hospital emergency services are used as main entry points to healthcare in extended sense. However, we also identified some barriers to such access primarily related to the prejudice and social stigma experienced by this population.

Keywords: Homeless. Health. Access. Trajectories and limits of access.

LISTA DE SIGLAS

CEME	Central de Medicamentos
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
PSR	População em Situação de Rua
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	PROBLEMATIZAÇÃO HISTÓRICA DO FENÔMENO POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	29
2.1	A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E AS BASES DE SEU CONCEITO	29
2.2	A DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO	33
2.3	A MAQUINARIA E A INDÚSTRIA.....	35
2.4	OS AVANÇOS DO CAPITALISMO NO SÉCULO XX.....	39
2.5	O CAPITALISMO E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CONTEMPORANEIDADE.....	42
2.6	TERRITÓRIOS URBANOS E SITUAÇÃO DE RUA	50
3	PROTEÇÃO SOCIAL E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	63
4	PERFIL DOS ENTREVISTADOS	73
4.1	DETERMINANTES SOCIAIS DA “SAÍDA PARA O MUNDO”	75
4.2	FRAGILIZAÇÃO DE VÍNCULOS FAMILIARES	91
4.3	O APRISIONAMENTO AOS PAPÉIS FEMININOS E MASCULINOS E A BUSCA POR LIBERDADE E TRABALHO.....	97
4.4	A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E O USO DE ÁLCOOL	103
4.5	EXPERIÊNCIAS DE VIOLÊNCIA.....	113
4.6	PROBLEMAS DE SAÚDE E PRECONCEITO	115
5	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ESTRATÉGIAS E ENTRAVES AO ACESSO À SAÚDE	119
5.1	CONCEITOS E CONCEPÇÕES DE SAÚDE	120
5.2	QUANDO PROCURAR A ATENÇÃO EM SAÚDE?	125
5.3	ESTRATÉGIAS DE ACESSO À SAÚDE.....	131
5.4	LIMITES E DIFICULDADES DO ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.	136
5.5	URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: PERSPECTIVAS EM CONFLITO.....	147
5.6	O PRECONCEITO COMO ENTRAVE AO ACESSO À SAÚDE	154

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	167
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	179
	APÊNDICE A – Roteiro para entrevista	189
	APÊNDICE B –Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	191

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação intitulada *“População em Situação de Rua e Acesso à Saúde”* desenvolvida junto Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, levanta questões relativas ao segmento populacional urbano identificado como população adulta em situação de rua. Para desenvolvimento do estudo a respeito da temática partiu-se da leitura e reflexão crítica pautadas nas obras de importantes autores dedicados a compreensão do fenômeno população adulta em situação de rua no Brasil, tais como, Bulla et al (2004); Escorel (1999); Ferreira e Machado (2007); Kasper (2006); Nasser (2001); Prates et al (2004; 2011); Varanda e Adorno (2004); Silva (2009); Adorno (2011); Aristides e Lima (2009); Bottil et al (2009) e, Junior et al (1998).

Esta pesquisa tem como objetivo geral identificar as estratégias de acesso da população adulta em situação de rua aos serviços de saúde de Florianópolis. E, como objetivos específicos, problematizar historicamente o fenômeno social urbano da população em situação de rua; identificar o perfil deste segmento populacional e os principais fatores determinantes da chamada “situação de rua”; levantar os principais avanços no âmbito da proteção social à população em situação de rua; e, problematizar as principais estratégias e entraves ao acesso a saúde por estas pessoas.

O desenvolvimento do estudo reflexivo e sistemático acerca de cada objetivo proposto deu corpo a presente dissertação, cujo estudo a respeito da temática teve início a partir da graduação em Serviço Social. E, continuidade com a atuação como assistente social na área da saúde, especificamente no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), a partir do acompanhamento do debate da profissão no âmbito da implementação e acesso a direitos sociais.

Destaca-se que a temática da população em situação de rua chama a atenção da pesquisadora desde a infância, período em que ao passar por estes indivíduos nas ruas da cidade a curiosidade infantil via-se aguçada. Enquanto criança a resposta a tal curiosidade questionada aos pais remetia ao termo “sorte”, ou melhor a “falta” dela. Como poderia a “falta de sorte” ser tão intensa? E caso também não a tivesse, o que faria? O medo de “não ter sorte” era “facilmente” solucionado pelos pais que prontamente respondiam que “a sorte brinda a quem trabalha”.

Já na adolescência e fase adulta da pesquisadora estudando e trabalhando em instituições da região central de Florianópolis o interesse

pelo assunto era cada vez mais aguçado. Trabalhando no caixa de um supermercado percebia que a procura de clientes em situação de rua era frequente, juntando seus “trocadinhos” miúdos para comprar o litro de cachaça ou o pão, paravam a beira do caixa para contar as moedas e, geralmente, aproveitavam para “puxar” uma conversa. Ouvir suas histórias de vida despertava pouco a pouco na pesquisadora novas percepções a respeito daquelas pessoas. Muitos daqueles à que via na infância podia naqueles momentos de conversa ouvir e entender os motivos pelos quais estavam nas ruas, no limite daquela compreensão. O que permitiu a ampliação da compreensão infantil calcada sobre os pilares da educação dada pelos pais. E remetia a compreensão de que a “sorte” ou a “falta” dela não eram exatamente os motivos que levavam àquelas pessoas a situação de rua.

Essa experiência permitiu ainda, a observação acerca do tratamento diferenciado dado àqueles clientes, visto que mal adentravam ao supermercado os seguranças já passavam a segui-los tal qual sombras. Quando não eram barrados na porta do estabelecimento pelos seguranças, tendo que provar que dispunham da quantia de dinheiro necessária ao pagamento do que pretendiam comprar. E ainda, as punições, deixar passar dez ou vinte centavos faltantes no pagamento de qualquer cliente era permitido. Entretanto, se este cliente fosse “morador de rua” isto era considerado uma falta grave, pois, “acostumaria” os chamados “vagabundos” a ficar devendo. As punições a quem furtava algum produto do supermercado eram atribuídas ao poder policial, entretanto, se este furto fosse cometido por um “morador de rua” a lei parecia não lhe valer e, a surra, era assim, considerada “a melhor lição”.

O medo e o asco dos outros clientes ao se depararem com uma pessoa em situação de rua no interior do supermercado também chamavam a atenção. Sua presença parecia repelir aos demais clientes, fato que levava a medidas cada vez mais extremas de restrição à entrada destes indivíduos não apenas naquele, mas, em vários estabelecimentos comerciais do Centro da cidade.

A partir do diálogo com estas pessoas a pesquisadora, ainda muito jovem e, sem um “conhecimento de causa” pautado em estudos, tinha seu interesse despertado gradativamente e, assim, começava a questionar o preconceito sofrido pela população em situação de rua. Passava a perceber que os julgamentos de ordem moral, precedidos por valores historicamente passados de pai para filho e, portanto, socialmente construídos. E que são disseminados sob a égide de um sistema que supervaloriza a dignidade pelas vias do trabalho e da normalização das

condutas humanas, limitava e até mesmo, impedia o reconhecimento daqueles indivíduos como cidadãos.

Mais tarde na graduação em Serviço Social, a inserção da pesquisadora como estagiária na Unidade de Emergência do Hospital Universitário da UFSC permitiu uma nova e diferente aproximação com este segmento populacional. A partir do estágio pode perceber o quão recorrente se fazia a procura de indivíduos em situação de rua pelo serviço de emergência. Estes usuários procuravam o serviço supracitado em decorrência de demandas variadas, algumas relacionadas a problemas clínicos de saúde já em estágio bastante agravado. Outras apenas buscando acessar algumas necessidades básicas tais como banho, local para pernoite e alimentação, ou mesmo, encaminhamentos à atendimento por outras políticas públicas e orientações diversas. Entretanto, a grande maioria comportava todas estas demandas, necessitava de tudo.

As dificuldades encontradas no âmbito profissional no que concerne a realização de encaminhamentos no intuito de garantir o acesso a direitos sociais a este segmento populacional. Em decorrência da ausência, desarticulação e ineficácia dos serviços voltados a proteção social deste segmento populacional eram (e ainda o são) um problema no cotidiano profissional. Bem como, a reprodução de atitudes e ações no âmbito do serviço de saúde semelhantes àquelas que eram observadas no supermercado, inquietavam a pesquisadora. E, a partir desta época, estas questões tornaram-se também um problema de estudo à pesquisadora, que passou a dedicar-se a leitura e busca por conhecimentos acerca da temática. Tais estudos resultaram no Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “A Rua de Todos: Um Estudo acerca do Fenômeno População em Situação de Rua e os Limites e Possibilidades da Rede de Proteção no Município de Florianópolis”.

Para elaboração e desenvolvimento deste estudo foram utilizados os termos pessoas, indivíduos e ou população em situação de rua, por entender que estes:

São termos que [...] atribuem a este fenômeno um caráter processual e transitório, não identificando diretamente o indivíduo com a rua, mas com uma circunstância adversa e possivelmente passageira (PEREIRA; SIQUEIRA, 2010, p. 1 apud FRAGA, 2011, p. 15).

No que diz respeito a conceituação do fenômeno população em situação de rua, esta dissertação corrobora com a Política Nacional para

Inclusão Social da População em Situação de Rua que conceitua esta população como um:

Grupo populacional heterogêneo, caracterizado por sua condição de pobreza extrema, pela interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e pela falta de moradia convencional regular. São pessoas compelidas a habitar logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios, etc.), áreas degradadas (galpões e prédios abandonados, ruínas, etc.) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar. (BRASIL, 2008, p. 08).

Ressalta-se que a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua foi desenvolvida no intuito de “orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas a este segmento da sociedade” (BRASIL, 2008, p. 02). Através do levantamento e problematização de “questões essenciais concernentes à parcela da população que faz das ruas seu espaço principal de sobrevivência e de ordenação de suas identidades” (BRASIL, 2008, p. 03). Neste documento, são explanados “os fatores que propiciam a reprodução do fenômeno população em situação de rua” (BRASIL, 2008, p. 02). São expostas também as principais características deste segmento populacional, com base na Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua¹ desenvolvida em 2007. E, ainda, apresenta “os princípios e diretrizes norteadores da ação pública para a população em situação de rua” e, as ações estratégicas que devem conformar uma agenda mínima de atenção a este segmento populacional (BRASIL, 2008, p. 02).

A partir dos dados levantados pela Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua e apresentados pela Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua fez-se possível a identificação de algumas características desse segmento populacional. Características estas, que permitiram a elaboração de um perfil da

¹ Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua foi desenvolvida em 71 municípios, sendo 23 capitais e 48 municípios com população igual ou superior a 300.000 habitantes. A pesquisa não foi realizada nos municípios de Belo Horizonte - MG, São Paulo - SP, Recife - PE e Porto Alegre - RS, pois estes haviam à época desenvolvido pesquisas censitárias semelhantes. E identificou 31.922 pessoas (maiores de 18 anos) em situação de rua. Número este, que somado juntamente com as pesquisas de outras cidades, chega a 50.000 pessoas (BRASIL, 2008, p. 09).

População em Situação de Rua adulta no Brasil, onde se destacam a predominância masculina, na medida em que, 82% dos entrevistados adultos (maiores de 18 anos) são homens. A predominância de indivíduos em idade laboral, sendo que mais da metade (53,0%) das pessoas em situação de rua se encontra em faixas etárias entre 25 e 44 anos. E ainda, a preponderância de indivíduos negros e pardos em situação de rua, haja visto que 39,1% dos entrevistados se declararam pardos, 29,5% declararam-se brancos e 27,9% declararam-se pretos (BRASIL, 2008, p. 10).

Com relação aos níveis de renda da população em situação de renda, estes foram considerados baixos, haja visto que a maioria (52,6%) recebe entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais. Quanto a taxa de alfabetização, a Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua constatou que 74% dos entrevistados sabem ler e escrever, 17,1% não sabem escrever e 8,3% apenas assinam o próprio nome. E, ainda com relação aos níveis de escolaridade tem-se que 48,4% não concluíram o primeiro grau e 17,8% não souberam responder ou não concluíram e apenas 3,2% concluíram o segundo grau (BRASIL, 2008, p. 10).

A maioria da população pesquisada afirmou que costuma dormir na rua (69,6%). Dentre os principais motivos apresentados pelos entrevistados para a ida para a rua estão os problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5); desemprego (29,8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%). Foi constatado ainda, que uma parte considerável da população em situação de rua é originária do mesmo local em que se encontra ou de locais próximos (BRASIL, 2008, p. 10).

Outro dado importante coletado pela Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua é o fato de que 70,9% dos entrevistados são trabalhadores, ou seja, exercem alguma atividade remunerada normalmente sem vínculos empregatícios formais. Dentre as principais atividades laborais citadas destacam-se: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Sendo que apenas 15,7% das pessoas pedem dinheiro para manter sua subsistência (BRASIL, 2008, p. 10).

Dentre os problemas de saúde citados destacam-se: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). 18,7% dos entrevistados relataram fazer uso de algum medicamento adquirido normalmente através de Postos/Centros de saúde. Os entrevistados relataram ainda, que ao sentirem-se doentes, 43,8% procuram em primeiro lugar o hospital/emergência (BRASIL, 2008, p. 10).

Atividades da vida diária tais como banho e necessidades fisiológicas são realizadas pela maioria no próprio espaço da rua, em albergues e abrigos ou em banheiros públicos. Sendo que a minoria procura a casa de amigos ou familiares e estabelecimentos comerciais com esta finalidade (BRASIL, 2008, p. 10).

A pesquisa constatou ainda, que 24,8% das pessoas em situação de rua não possuem quaisquer documentos de identificação e não é beneficiária de programas e ou benefícios governamentais (88,5%) (BRASIL, 2008, p. 11).

Através dos dados levantados pela Pesquisa Nacional supracitada, faz-se possível perceber que o perfil da população em situação de rua apresenta-se enquanto uma das faces mais cruéis da desigualdade de gênero, etnia, cor e classe social no âmbito do sistema capitalista. Cuja exploração do trabalho não pago permite ao capitalista a acumulação de capital e, a relegação da classe trabalhadora a miséria e ao pauperismo. A manutenção desta lógica, faz-se possível através da disseminação de uma ideologia calcada em valores mercantis de livre concorrência e, competitividade exacerbada permeada por padrões morais e papéis sociais. Desta forma, tem-se que as posturas e comportamentos que dentro da lógica da normalização de condutas “se esperam” socialmente de um indivíduo, caminham, justamente, na contramão da realidade da população em situação de rua. E, assim, mesmo que queiram fazer parte desta normalização, trabalhar formalmente, morar em uma casa, “construir” uma família “convencional”, entre outros, a forma de estruturação da sociedade não lhes dá condições a isso. E, ainda, lhes debruça sobre os ombros as responsabilidades pela situação de rua, conferindo-lhes atribuições pejorativas e discriminatórias que levam a interpretação de que cada indivíduo, é responsável de forma isolada, pela desigualdade social que experiencia cotidianamente.

Essa culpabilização do sujeito, desprovida de uma visão crítica acerca da totalidade que permeia toda a complexidade de sua vida, atinge todas as esferas da sociedade. E, faz-se dessa forma, perceber também no âmbito da saúde, onde o descaso, a relegação à esfera da culpabilização e do julgamento moral, levam ao desenvolvimento de níveis de mobilização diferenciados na atenção à saúde de determinados segmentos da população, e, até mesmo, a criação de verdadeiras barreiras ao acesso à saúde. Foi a observação desta realidade que motivou a realização desta pesquisa que pretende contribuir para o debate sobre esta temática tão importante na atualidade.

Frente a este cenário e buscando responder aos objetivos propostos, parte-se a partir deste momento, para a exposição do caminho

trilhado no intuito de alcançá-los. Nesta direção, tem-se que a presente dissertação se constitui como uma pesquisa social qualitativa. No âmbito deste trabalho, a apreensão empírica vivenciada no cotidiano do exercício profissional desperta o interesse pelo aprofundamento da pesquisa já iniciada na graduação da pesquisadora. Neste interim, compactua-se com a leitura de Minayo (2001) quando esta afirma que “nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática” (MINAYO, 2001, p. 17). Nesta direção, objetiva-se através da pesquisa social “descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos” (GIL, 1991, p. 43).

No que concerne à construção metodológica foi utilizada na presente dissertação a abordagem qualitativa que conforme Minayo (1994, p. 21), compromete-se a compreensão de um nível de realidade que não pode ser quantificado, na medida em que trabalha com um universo de motivações, buscas, crenças, valores e atitudes as quais correspondem ao espaço das relações, processos e fenômenos sociais que, por sua complexidade, não se reduzem à simples quantificação e ou, operacionalização de variáveis. Ou seja, “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 1994, p. 21).

A pesquisa qualitativa pauta-se, portanto, na interpretação do mundo real, e dentro deste contexto, a preocupação central funda-se na tarefa de pesquisar sobre a experiência vivida pelos indivíduos e sua relação dialética com a totalidade.

Esta pesquisa contou com a revisão de literatura para construção da fundamentação teórica acerca do tema proposto. Além disso, partiu de levantamento bibliográfico compreendido de acordo com a definição de Lakatos e Marconi (2005, p. 185) como sendo a busca através de fontes secundárias, que:

[...] abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc.

Foi utilizada ainda, a entrevista, avaliada para a realização da presente pesquisa, como técnica mais adequada para coleta de dados, de acordo com Gil (1991, p. 113) a entrevista pode ser definida como: “técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe

formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”. E, desta forma tem-se que:

A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (GIL, 1991, p. 113).

Nesta direção, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas que “combinam perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2010, p. 261). O roteiro utilizado como norte para esta pesquisa pautou-se na investigação proposta, e se desenvolveu através da interação e diálogo com os sujeitos entrevistados (APÊNDICE A)2. E, assim, faz-se importante ressaltar que ao longo dos diálogos foram incorporadas outras indagações com vistas a alcançar novas contribuições a partir das reflexões produzidas pelos entrevistados (GIL, 1991, p. 119). Através das entrevistas buscou-se identificar: dados de identificação, referentes a sexo; idade; naturalidade; locais de permanência nas ruas; escolaridade; atividades laborais e rede de apoio familiar. Questões referentes a trajetória de rua, relacionadas ao histórico da situação de rua; motivos da “ida para as ruas” e, percepções acerca do “estar” em situação de rua. E, por fim, indagações referentes ao acesso e relação com serviços de atenção à saúde, com vistas a identificar quais suas concepções de saúde; quando é necessário procurar um serviço de saúde; quais são suas estratégias de acesso à saúde e, como avaliam este acesso.

A amostragem da pesquisa, embora desnecessária em uma pesquisa qualitativa, teve como referência o critério da acessibilidade onde “o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo” a ser

² Destaca-se que o roteiro tinha inicialmente uma expectativa quanto a discussão sobre a perspectiva e compreensão dos sujeitos entrevistados com relação ao Serviço Social, porém, por orientação dos membros da banca de qualificação, optou-se por não avançar sobre este ponto. Destaca-se ainda, que tal opção acarretou na alteração também do título da dissertação, sendo o título original: **“Serviço Social, População em Situação de Rua e Urgência e Emergência Hospitalar”**, atualizado para: **“População em Situação de Rua e Acesso à Saúde”**.

pesquisado (GIL, 1991, p. 97). Levando-se em consideração que por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a preocupação central deve estar relacionada às práticas, atitudes e conhecimentos dos sujeitos, mais do que com a quantidade numérica de sujeitos entrevistados (MINAYO, 2008, p. 48). E ainda, a impossibilidade de abarcar o universo dos usuários que se encontram em situação de rua, haja visto que, “de modo geral, as pesquisas sociais abrangem um universo de elementos tão grande que se torna impossível de considerá-los em sua totalidade” (GIL, 1991, p. 91). Decidiu-se pela não delimitação prévia do número de entrevistados utilizando-se, portanto, o critério de inclusão progressiva, que conforme Deslandes (2008, p. 48) significa:

[...] definir o número de sujeitos por inclusão progressiva (sem demarcar a priori o número de participantes) que é interrompida pelo critério da saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação.

Nesta direção, a inclusão do número de entrevistados foi interrompida por critério de saturação, na medida em que se percebeu que, as respostas dos entrevistados começaram a apresentar certa regularidade. E, desta forma, considerou-se que o número de entrevistas realizadas no momento da saturação já comportava uma quantidade considerável de subsídios, explicações, conceitos e concepções que permitiam a elaboração do estudo proposto. Nesta direção, foram realizadas dez entrevistas a homens e mulheres adultos em situação de rua, sendo oito homens e duas mulheres.

Sendo que destas, 4 foram realizadas no bairro Prainha, 2 na Praça XV de novembro, 3 na Rua Jerônimo Coelho e 1 na Rua Anita Garibaldi. Os critérios para seleção dos entrevistados foram ter idade superior a dezoito anos e, estar em situação de rua, além disso, a escolha dos entrevistados deu-se por critério de acessibilidade. A realização das entrevistas ocorreu entre os meses de julho a setembro de 2014, com duração média de 40 minutos cada.

Os participantes da pesquisa foram, portanto, abordados em algumas das ruas da região central de Florianópolis, e para a realização das entrevistas foram convidadas pessoas adultas e capazes de responder voluntariamente à pesquisa. Antes do início de cada entrevista foram apresentados pela pesquisadora os objetivos, justificativa e o procedimento de coleta de dados a ser utilizado (entrevista). O primeiro

entrevistado foi abordado de forma aleatória e indicou os cinco entrevistados subsequentes apresentado a pesquisadora a estes, que por sua vez, indicaram outros seis possíveis participantes da pesquisa. Sendo que destes, um negou-se a participar e, um afirmou não possuir condições de responder à entrevista naquele momento, pois, encontrava-se alcoolizado. Quanto aos demais (quatro pessoas) concordaram, assim como os primeiros, em participar voluntariamente da pesquisa após os esclarecimentos éticos sobre esta.

O registro das respostas foi realizado mediante anotações durante as entrevistas e, após a conclusão de cada uma delas a pesquisadora realizou ainda, a leitura das anotações aos entrevistados de forma a identificar a concordância do que foi anotado com as respostas dadas por estes. Além disso, foram realizadas anotações acerca das percepções e observações da pesquisadora após o término de cada entrevista. Tais anotações tiveram como objetivo a construção de registros das experiências vivenciadas durante a pesquisa de campo, com vistas a qualificação das análises realizadas. Nesta direção, foram registradas algumas percepções da pesquisadora sobre o contato com cada entrevistado, no que diz respeito a receptividade, reações a determinados questionamentos e demais aspectos observados no decorrer das entrevistas. A escolha pelo registro das entrevistas sob a forma de anotações se deu no decorrer da realização da primeira entrevista, por opção do sujeito da pesquisa, que optou pela não gravação de suas respostas.

A preferência pela realização das entrevistas nas ruas da cidade onde os sujeitos da pesquisa estabelecem não apenas moradia, mas também relações sociais e estratégias diversificadas de sobrevivência, ao invés de sua realização na Unidade de Emergência hospitalar em que a pesquisadora se insere como assistente social, se deu em decorrência do receio de que o ambiente institucional pudesse influenciar nas respostas dadas. Uma vez que, o ambiente institucional, as razões que incitaram a procura pelo serviço, as percepções e relações profissionais estabelecidas neste ambiente podem levar ao que Gil (1991, p. 130) denomina de “mecanismos de defesa social”. Tais mecanismos podem, segundo o autor supracitado, intervir nas respostas à um questionário, por exemplo quando:

[...] o respondente acredita estar correndo o risco de ser julgado, e reage oferecendo respostas defensivas, estereotipadas ou socialmente

desejáveis, encobrendo sua real percepção acerca do fato. (GIL, 1991, p. 130).

Salienta-se ainda que, para realização da pesquisa foram considerados os aspectos éticos conforme as normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sendo que, no que tange a aplicação das entrevistas os sujeitos de pesquisa foram convidados a participar do estudo. E receberam esclarecimentos sobre a garantia de sigilo e respeito de sua identidade, o direito de recusar a sua participação a qualquer momento, o direito a solicitar informações sobre a pesquisa ou suspender o consentimento dado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B)³.

A escolha dos nomes fictícios ocorreu por sugestão do primeiro entrevistado que indagou se estes já haviam sido escolhidos, haja visto, que o comunicamos que os nomes verdadeiros dos entrevistados não seriam divulgados. Frente a resposta negativa, o entrevistado fez sua proposição. Com o livro “A Morte e a Morte de Quincas Berro D’Água” de Jorge Amado nas mãos, o abriu e folheou um pouco dizendo: “pois então anote aí: Mestre Manuel, Curió, Negro Pastinha, Cabo Martim, Pé-de-vento e eu vou ser o Quincas: o berro D’água! (Risos)”. A sugestão foi bem-vinda, e ainda, foram acrescentados os nomes de outros personagens do livro supracitado, a fim de representar os demais sujeitos da pesquisa, são eles: Cazuza, Eduardo, Quitária e Otacília.

No que diz respeito à análise dos dados, buscou-se trabalhar a partir da abordagem crítico dialética, parando-se da compreensão de que desenvolver uma pesquisa a partir do enfoque dialético significa priorizar:

[...] o desvelamento das contradições como processo necessário à interpretação da realidade, à luz da sua contextualização histórica, para que seja possível captar as conexões e o movimento, e a partir da totalidade concreta, que não se revela a um primeiro olhar mas necessita ser desvendada em suas tramas constitutivas (PRATES; REIS; ABREU, 2000, p. 140).

³ Ressalta-se que a presente dissertação não foi submetida ao Comitê de Ética em decorrência dos prazos de qualificação e entrega, entretanto, seguiu o aspecto principal que é o consentimento dos sujeitos entrevistados.

Partindo-se do pressuposto de que a população em situação de rua apresenta determinadas especificidades com relação à saúde, tanto no que concerne a seus determinantes e cuidados, quanto nas relações que estabelecem com os serviços. A problematização proposta no presente estudo leva a indagação acerca das perspectivas desses sujeitos, no intuito de problematizar a partir de seus pontos de vista: Quais suas concepções a respeito da saúde? E quando a saúde lhes falta, o que fazem? Quais suas estratégias de acesso a saúde? Quais são os entraves a este acesso? Buscar a compreensão destes e, outros questionamentos a partir dos olhares dos sujeitos diretamente envolvidos e, afetados por este processo, que por vezes são atendidos em suas expectativas e, por vezes são negligenciados e discriminados é a proposta deste estudo.

Ressalta-se que a pesquisa proposta não tem a intenção (sequer a pretensão) de esgotar o assunto, haja visto, a complexidade da temática proposta e as várias abordagens e perspectivas que permite. Entretanto, compreende-se o conhecimento enquanto uma construção e, como tal, permite a cada avanço em termos de reflexão aprimorar os saberes, desvelar novas possibilidades, desconstruir concepções e paradigmas. E, com isso, qualificar também o exercício profissional cotidiano, cujo fenômeno população em situação de rua, apresenta-se como uma das mais radicais expressões da questão social e, como tal, demanda recorrente à profissão.

Destaca-se ainda, que esta dissertação está organizada em seis seções, sendo que esta introdução corresponde a primeira seção, onde são apresentados os objetivos, motivações e metodologia do estudo. A segunda seção, *Problematização Histórica do Fenômeno População Adulta em Situação de Rua*, problematiza as bases de conceituação deste segmento populacional enquanto fenômeno social urbano inerente a forma de estruturação do sistema capitalista. E, nesta direção, discute alguns pressupostos e características do sistema capitalista e sua relação com o agravamento do fenômeno população adulta em situação de rua. A seção discute também a questão do território urbano, no intuito de problematizar os porquês da predominância de pessoas em situação de rua nestes espaços. E, ainda, aborda o território urbano como espaço dinâmico de relações sociais que comporta lado a lado a riqueza e a pobreza.

A terceira seção, intitulada *Proteção Social e População em Situação de Rua*, elenca os principais avanços em termos legais no que concerne à proteção social a este segmento populacional, dos quais destacam-se: o Movimento Nacional de Luta e Defesa dos Direitos da População em Situação de Rua (PSR); o Movimento Nacional dos

Catadores de Materiais Recicláveis; a Portaria 397/2002 que reconhece a profissão de catador de material reciclável no Código Brasileiro de Ocupações; a Lei nº 11.258/2005 que determina alterações na LOAS no âmbito da atenção social ao segmento populacional em situação de rua; a Portaria nº 3.305/2009 que determina a criação do Comitê Técnico de Saúde da PSR e o Decreto nº 7.053/2009 que institui a Política Nacional para Inclusão Social da PSR.

Na quarta seção, *Perfil dos Entrevistados*, são apresentadas algumas características dos sujeitos entrevistados nesta pesquisa, no que concerne a dados referentes a sexo, idade, situação de vínculos familiares e acesso à saúde. Ainda nesta seção, são enumeradas e problematizadas as principais determinações sociais da chamada “situação de rua” elencadas pelos sujeitos da pesquisa. Das quais destacam-se: a fragilização de vínculos familiares; o aprisionamento aos papéis femininos e masculinos e a busca por liberdade e trabalho; a dependência química e o uso de álcool; experiências de violência; problemas de saúde e preconceito.

A quinta seção, *População em Situação de Rua: Estratégias e Entraves ao Acesso à Saúde*, visa a partir dos relatos dos sujeitos entrevistados e sob a luz dos referenciais teóricos estudados identificar: como os entrevistados conceituam saúde; quais situações requerem, para estes, atendimento em saúde; a quais serviços recorrem nestas situações; quais são suas expectativas com relação a tais serviços; quais são os atores envolvidos nesse processo e, por fim, quais os limites e as possibilidades, identificadas por estes, com relação ao acesso à saúde. Já a sexta e última seção desta dissertação apresenta as considerações finais.

2 PROBLEMATIZAÇÃO HISTÓRICA DO FENÔMENO POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

2.1 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E AS BASES DE SEU CONCEITO

Na presente dissertação pactua-se com a visão de Silva (2009) de que a população em situação de rua constitui-se enquanto fenômeno social inerente a forma de estruturação da sociedade capitalista. Nas palavras da autora:

A história do fenômeno população em situação de rua remonta ao surgimento das sociedades pré-industriais da Europa, no contexto da chamada acumulação primitiva, em que os camponeses foram desapropriados e expulsos de suas terras, sem que a indústria nascente, nas cidades os absorvesse com a mesma celeridade com que se tornaram disponíveis [...]. É nesse contexto que se origina o fenômeno população em situação de rua. No seio do pauperismo, que se generalizou por toda a Europa Ocidental, ao final do século XVIII, compondo as condições necessárias à produção capitalista (SILVA, 2009, p. 25).

Desta forma, tem-se que a análise do fenômeno social da população em situação de rua vincula-se necessariamente a compreensão do sistema de acumulação capitalista e seu desenvolvimento sócio histórico. Para tanto, este estudo pauta-se na perspectiva crítica dialética para compreensão acerca de como o trabalho se desqualifica ao longo do desenvolvimento tecnológico. Isto porque, a questão do fenômeno população em situação de rua relaciona-se as condições de pauperização da classe trabalhadora e desemprego em massa que se constituem condições essenciais ao desenvolvimento capitalista. Segundo Silva (2009, p. 27):

O fenômeno população em situação de rua é uma expressão incontestante das desigualdades sociais resultantes das relações sociais capitalistas, que se desenvolvem a partir do eixo capital/trabalho. E, como tal, é expressão da questão social. Na cena contemporânea, em face das mudanças no mundo

do trabalho, advindas principalmente da reestruturação produtiva, o aprofundamento do desemprego e do trabalho precário consubstanciam a expansão da superpopulação relativa ou exército industrial de reserva e, dessa forma, propiciam a elevação dos níveis de pobreza. Nesse contexto, cresce o fenômeno população em situação de rua, como parte constitutiva da pobreza e da superpopulação relativa.

Em a *Origem do Capital: a Acumulação Primitiva*, Marx (1979) traça o caminho da cooperação simples de produção artesanal, que passa pela manufatura e evolui tecnologicamente até a maquinaria. Marx (1979) demonstra de que forma tais mudanças nos modos de produção se desdobram em formas de controle e manipulação do capital sobre a classe trabalhadora.

Nesta direção, a evolução dos processos de produção levou a homogeneização do trabalho simples, ou seja, do trabalho desprovido de conteúdo, com a alienação do homem com relação ao produto e ao próprio trabalho que executa. A análise da obra de Marx é de suma importância para compreensão do desenvolvimento capitalista assim como das formas de produção que se desenvolveram após sua morte como o fordismo, taylorismo e mais recentemente o toyotismo.

Ainda na obra supracitada (Tomo II, 1985) o autor toma como foco de sua análise a Inglaterra para expor as condições pré e pós instauração do sistema capitalista. Nesta direção, aponta que a escravidão desaparece no século XIV, e, por volta do século XV, a maior parte da população era composta por “camponeses livres, economicamente autônomos” (MARX, 1984, p. 263) que cultivavam suas próprias terras, ou seja, o antigo servo havia dado lugar ao rendeiro independente. Desta forma, a terra era partilhada de forma comunal, conforme aponta o autor:

O traço mais característico da produção feudal em todos os países da Europa Ocidental, é a partilha do solo entre o maior número possível de semi-servos. O senhor feudal era como qualquer outro soberano; seu poder dependia mais do número de seus súditos que do conteúdo de sua bolsa, isto é, dependia do número de camponeses estabelecidos em seus domínios (MARX, 1979, p. 20).

Sobre a relativa autonomia econômica do campesinato à época em “*O Capital: Crítica da Economia Política*”, Marx (1984, p. 263-264) também expõe a partilha do solo entre os súditos como condição da qual dependia o poder de um soberano, enquanto característica do período feudal nos países da Europa, e explica que:

Os trabalhadores assalariados da agricultura consistiam, em parte, em camponeses, que aproveitavam seu tempo de lazer trabalhando para os grandes proprietários, em parte numa classe independente, relativa e absolutamente pouco numerosa, de trabalhadores assalariados propriamente ditos. Também estes eram, ao mesmo tempo, de fato camponeses economicamente autônomos, pois recebiam, além de seu salário, um terreno arável de 4 ou mais acres além do cottag. Além disso, junto com os camponeses propriamente ditos, gozavam o usufruto das terras comunais, em que pastava seu gado e que lhes forneciam ao mesmo tempo combustíveis, como lenha, turfa, etc. (MARX, 1984, p. 263-264).

Marx ressalta a prosperidade e abundância que o povo vivia com grande parte das terras cultivadas, entretanto, ressalva que “esta riqueza do povo excluía a riqueza capitalista” (MARX, 1979 p. 21). Resultando assim, na revolução em fins do século XV e início do XVI, que lança nas cidades industriais “uma massa de proletários sem lar e sem pão” (MARX, 1979, p. 21). Desta forma, os bens comunais dos camponeses foram usurpados, estas pessoas foram expulsas e suas terras transformadas em pastos, as casas e as aldeias inteiras foram destruídas. Assim, enormes massas populacionais ficam impossibilitadas de prover sua própria subsistência e a de suas famílias. E é segundo Marx (1979, p.26) exatamente isto, que “o sistema de produção capitalista precisava, a condição servil das massas, sua transformação em mercadoria e a conversão de seus meios de trabalho em capital”. O impulso a isto foi, conforme o autor supracitado, dado na Inglaterra e culminou na apropriação da base fundiária feudal:

O roubo dos bens da igreja, a fraudulenta alienação dos domínios do Estado, o furto da propriedade comunal, a transformação usurpadora e executada com terrorismo inescrupuloso da propriedade

feudal e clânica em propriedade privada moderna, foram outros tantos métodos idílicos da acumulação primitiva. Eles conquistaram o campo para a agricultura capitalista, incorporaram a base fundiária ao capital e criaram para a indústria urbana a oferta necessária de um proletariado livre como os pássaros (MARX, 1984, p. 275).

Faz-se importante destacar que com a gênese do sistema capitalista de produção ocorre o agravamento da questão da população de rua enquanto fenômeno social tal qual o é compreendido na atualidade, tendo como características o aumento gradativo deste contingente populacional e sua predominância nos grandes centros urbanos. Entretanto, ressalta-se que existem também registros de pessoas vivendo em situação de rua ainda no período feudal conforme aponta Castel (2008, p. 119) que realiza uma análise acerca da condição de rua ao longo da história, e demonstra inicialmente a estigmatização acerca daqueles que não trabalhavam e viviam da mendicância e de pequenos furtos sem possuir residência fixa. O mesmo autor os designa como aqueles que são considerados “inúteis para o mundo”, os chamados “vagabundos” eram, portanto, ainda no período feudal aqueles que não trabalhavam e não tinham pertencimento comunitário. O autor aponta que o vagabundo é “esse homem sem trabalho nem bens é também um homem que não tem um senhor, nem onde cair morto [...] é um ser de lugar nenhum” (CASTEL, 2008, p. 120). Apresenta ainda, uma definição acerca do termo vagabundo sancionada em decreto a 24 de agosto de 1701 que especifica:

Declaramos vagabundo e pessoas sem fé nem lei aqueles que não têm profissão, nem ofício, nem domicílio certo, nem lugar para subsistir e que não são reconhecidos e não podem valer-se da recomendação de pessoas dignas de fé que atestem sobre sua boa conduta e bons costumes (CASTEL, 2008, p. 121).

Nesta perspectiva, o vagabundo é um ser estigmatizado e desprezado, é o único culpado por sua vida miserável, na medida em que não trabalha porque “não quer”, dentro de um contexto de separação entre mendigos válidos e inválidos. Onde os primeiros, são aqueles que têm condições de trabalhar e não o fazem porque “preferem viver à custa dos cidadãos honestos”, e sob esta perspectiva devem ser punidos. Já os mendigos inválidos, são aqueles que vivem nas ruas por não terem

condições de manter sua subsistência por motivos variados, tais como, doença mental e ou física, idade avançada, crianças, gestantes entre outros, dos quais a caridade cristã pode se encarregar de ajudar. O vagabundo será considerado, portanto, aquele que vive na imundice, que dissemina doenças e epidemias, o malfeitor que rouba dos cidadãos honestos que cultivam suas terras para viver, apresentando-se, portanto, como uma dupla ameaça.

2.2 A DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO

A partir do século XVII, as terras já haviam sido completamente expropriadas dos pequenos proprietários e apropriadas por grandes arrendatários, forçando o povo a trabalhar para outrem para conseguir dinheiro a ser trocado no mercado por seus meios de subsistência, conforme destaca Marx:

[...] a situação das classes inferiores do povo piorou sob todos os aspectos; os pequenos arrendatários e proprietários foram reduzidos à situação de jornaleiros e mercenários, e ao mesmo tempo, nestas condições, lhes é mais difícil ganhar o sustento (MARX, 1979, p. 39).

A manufatura se estabelece e com ela a forma clássica da divisão do trabalho entre os séculos XVI e XVIII. De acordo com Marx (2002, p. 391), a manufatura “nasce quando são concentrados numa oficina, sob o comando do mesmo capitalista, trabalhadores de ofícios diversos e independentes, por cujas mãos tem de passar um produto até seu acabamento final”. Ou seja, diferentes artesãos são unidos em uma oficina trabalhando sob um regime de “cooperação simples”. E os trabalhadores que antes realizavam seu antigo ofício em toda sua extensão, e faziam o objeto por completo, perdem aos poucos essa capacidade, na medida em que o trabalho é dividido e cada um se torna especialista na produção de apenas uma parte do produto.

Conforme Marx (2002, p. 391), a manufatura “progressivamente se transforma num sistema que divide a produção [...] em diversas operações especializadas”. Desenvolvem-se ferramentas específicas para cada fase da produção elevando a força produtiva do trabalhador. Desta forma, o capitalismo torna o trabalhador parcial e especializado, fato este que fez com que vários trabalhadores resistissem ao trabalho nas oficinas manufatureiras. Conforme aponta Marx (2002, p. 423): “por todo período

manufatureiro, estendem-se as queixas sobre a falta de disciplina dos trabalhadores”, isso ocorre devido a brusca transição que sofrem os camponeses artesãos que após expropriados de suas terras, são também expropriados de sua habitual forma de trabalho e tornados trabalhadores parciais.

Cria-se, portanto, uma grande massa de trabalhadores a qual a manufatura não consegue absorver em tal escala de grandes proporções e, ainda, uma parte da população que não se adapta a divisão de trabalho capitalista que segrega a produção em etapas de trabalho especializadas. Desta forma, tais pessoas na condição de desempregadas sem ter como manter sequer sua subsistência acabam indo parar nas ruas das cidades, conforme aponta Marx:

[...] estes homens, bruscamente arrancados de suas ocupações habituais, não se podiam adaptar prontamente à disciplina do novo sistema social, surgindo, por conseguinte, deles, uma porção de mendigos, ladrões e vagabundos (MARX, 1979, p. 57).

Em decorrência desta situação que “ameaça” a classe burguesa cria-se a legislação contra a vadiagem na lógica da culpabilização e criminalização do próprio indivíduo por sua incapacidade de prover sua subsistência. Marx, afirma que tal legislação passa a vigorar no reinado de Henrique XVIII em 1530 e proclama que:

Os mendigos velhos e incapacitados para o trabalho obtinham permissão para implorar a caridade. Os vagabundos robustos eram condenados ao látigo e encarcerados. Atados a parte traseira de um carro deviam ser fustigados até que o sangue jorrasse de seu corpo, depois deviam comprometer-se mediante juramento, a voltar para o lugar de seu nascimento ou para o sítio onde tinham vivido durante os últimos três anos e pôr-se novamente a trabalhar. [...] No caso da primeira reincidência o vagabundo deve ser açoitado novamente, devendo-se cortar-lhe meia orelha; à segunda reincidência é tratado como traidor e executado como inimigo do Estado (MARX, 1979, p. 58).

Na mesma obra, Marx cita ainda outras atrocidades cometidas contra os indivíduos em nome da moralidade e da associação de dignidade ao trabalho, obrigando os então chamados “mendigos” inclusive a se tornarem escravos daqueles que os denunciavam. Ou seja, além de terem seus meios de subsistência apropriados, passam a ter inclusive seus próprios corpos e sua vida retirada.

2.3 A MAQUINARIA E A INDÚSTRIA

Entretanto, a entrada no século XVIII, inicia uma nova fase do capitalismo e consequentemente uma nova fase de expropriação das condições de vida dos trabalhadores com a indústria moderna através do emprego da maquinaria. O emprego da maquinaria de acordo com Marx:

[...] como qualquer outro desenvolvimento da força produtiva de trabalho, tem por fim baratear as mercadorias, encurtar a parte do dia de trabalho da qual precisa o trabalhador para si mesmo, para ampliar a outra parte que ele dá gratuitamente ao capitalista. A maquinaria é meio para produzir mais-valia (MARX, 2002, p. 427).

Ainda na obra *O Capital* Marx aponta as consequências imediatas da produção mecanizada sobre o trabalhador, afirma que a maquinaria torna a força muscular supérflua, possibilitando ao capital se apropriar da força de trabalho de mulheres e crianças em detrimento da dos homens. A maquinaria possibilita também o aumento da jornada de trabalho, desta forma o trabalhador passa de 12 a 16 horas nas fábricas realizando trabalhos repetitivos que o exaurem em todas as suas capacidades físicas e mentais sugando todas as suas forças. Conforme os termos de Marx, o trabalhador torna-se um apêndice da máquina na medida em que o trabalho morto domina o trabalho vivo:

Ao se transformar em autômato, o instrumental se confronta com o trabalhador durante o processo de trabalho como capital, o trabalho morto que domina a força de trabalho viva, e suga e exaure (MARX, 2002, p. 483).

Tem-se, portanto, a gradativa substituição do homem pela máquina e crescente substituição do trabalho do homem adulto pela mão de obra

de mulheres e crianças, fato este, que gera, por conseguinte o que Marx denomina como “exército industrial de reserva”.

É preciso compreender que o lucro do capitalista advém da quantidade de trabalho não-pago, ou seja, do trabalho excedente. Este é possível através da aquisição pelo capitalista de um conjunto de horas superior ao tempo socialmente necessário para reprodução da mercadoria força de trabalho. Contudo, para ampliar ainda mais este excedente, e com isso obter mais lucro, o capitalista prorroga a jornada de trabalho e extrai assim, a mais-valia absoluta. Com a maquinaria ambos os processos tornam-se possíveis ao capitalista que quanto mais investe em trabalho-morto, mais trabalho-vivo pode descartar.

Esta população desempregada passa a integrar o “exército industrial de reserva”, conforme aponta Marx (2001, p. 748) “a força de trabalho disponível é ampliada pelas mesmas causas que aumentam a força expansiva do capital. Esta é a lei geral, absoluta, da acumulação capitalista”.

Com isso, ressalta-se que o “exército industrial de reserva” possui pelo menos três funções muito claras na ordem capitalista, a primeira refere-se a disposição de força de trabalho abundante ao capital:

[...] se uma população trabalhadora excedente é produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza no sistema capitalista, ela se torna, por sua vez, a alavanca da acumulação capitalista e, ao mesmo tempo, condição de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se fosse criado e mantido por ele. Ela proporciona o material humano a serviço das necessidades variáveis de expansão do capital e sempre pronto para ser explorado, independentemente dos limites do verdadeiro incremento da população (MARX, 2001, p. 735).

Em segundo lugar, quanto mais os trabalhadores desempregados necessitarem da oferta de trabalho, ou seja, quão maior for sua demanda, mais facilmente o capitalista poderá manipular os salários a favor da acumulação de capital. Em terceiro lugar, o “exército industrial de reserva” tem por função despertar o medo e a insegurança naqueles que estão empregados. Isso porque o capital, além de ter a sua disposição a mão de obra excedente, precisa que não haja resistência com relação aos

baixos salários pagos e as péssimas condições de trabalho oferecidas. Conforme elucida Marx:

O trabalho excessivo da parte empregada da classe trabalhadora engrossa as fileiras de seu exército de reserva, enquanto, inversamente, a forte pressão que este exerce sobre aquela, através da concorrência, compele-a ao trabalho excessivo e a sujeitar-se às exigências do capital. A condenação de uma parte da classe trabalhadora à ociosidade forçada, em virtude do trabalho excessivo da outra parte, torna-se fonte de enriquecimento individual dos capitalistas (MARX, 2001, p. 740).

Busca-se partir agora ao reconhecimento da população de rua neste contexto enquanto fenômeno abarcado no contexto da “superpopulação relativa”, ou “exército industrial de reserva”. Com vistas a um melhor esclarecimento ressalta-se que a “superpopulação relativa” é classificada por Marx (2002) em três formas: flutuante, latente e estagnada. A flutuante é, de forma geral, constituída pelos trabalhadores que oscilam entre a condição de empregados e desempregados conforme a demanda da produção. A superpopulação latente é composta frequentemente por trabalhadores do campo, que perderam seus empregos na agricultura. Essa população tende a se aglutinar nos grandes centros urbanos, submetendo-se a baixos salários e péssimas condições trabalho e de vida. E por fim, a superpopulação estagnada composta pela parte da classe trabalhadora incluída em ocupações irregulares, com baixos salários, ausência de proteção social e longas jornadas de trabalho.

A partir desta perspectiva acerca da gênese do modo de produção capitalista que acarreta consequentemente na gênese do fenômeno população em situação de rua, vê-se saltar a vista alguns aspectos importantes.

Dentre eles, destaca-se o preconceito contra os “não trabalhadores”, devido à lógica capitalista que associa a honra, a moral e a dignidade ao trabalho, calcando na ideologia do senso comum a ideia de que aqueles que não trabalham merecem punição por serem os culpados de sua situação.

Nesta direção, destaca-se a importância da análise histórico dialética da sociedade capitalista para percepção de que a população em situação de rua se constitui enquanto uma consequência da perversidade do sistema de acumulação de capital. Este destitui os trabalhadores de tudo aquilo que possuem, obrigando-os a vender a baixos salários sua

força de trabalho tendo como horizonte possível apenas a manutenção de sua subsistência, e deixando de incorporar a uma grande parcela da população que fica desamparada a mercê de um sistema concorrencial e individualista. Ao lado desta criminalização e culpabilização dos indivíduos por sua condição de miséria, desenvolve-se na sociedade uma espécie de compaixão e solidariedade para com estes.

O que se percebe, é que o fenômeno população em situação de rua desperta na sociedade algumas reações próprias do sistema individualizante e excludente predominante. Tais reações são perpassadas por sentimentos de medo, nojo, asco, pena e indiferença, isto porque as pessoas em situação de rua são vistas como indivíduos isolados, como pobres coitados ou vagabundos.

A resposta a estas reações foi, a princípio, desenvolvida pela chamada Lei dos Pobres na Inglaterra, onde estes eram acolhidos nas paróquias, através das caixas de socorro no intuito de reinserção dos vagabundos, mendigos e loucos ao mercado de trabalho. Já na França, o acolhimento aos incapazes para o trabalho era realizado pelos Hospitais Gerais na ótica da punição (MARX, 1979). Em 1730 na Inglaterra são criadas as work houses (casas de trabalho) que:

[...] eram depósitos, onde os menos capazes para o trabalho eram utilizados para fazer vários tipos de produtos (principalmente, fiar) conservando-os em prisões, onde não podiam ter qualquer contato com o exterior (FALEIROS, 1991, p. 11).

Os vagabundos passam a ser, portanto, recolhidos das ruas e presos sob um regime de trabalho obrigatório que segue leis autônomas que visam enquadrar o indivíduo na lógica do trabalho, sob a ótica do poder disciplinar:

Trata-se de uma estrutura administrativo-policial autônoma, com o objetivo especial de submeter os indigentes válidos ao trabalho forçado. Os vagabundos e mendigos presos não dependem mais nem das autoridades hospitalares nem do aparelho da justiça ordinária. São diretamente levados para os depósitos pelas autoridades encarregadas da manutenção da ordem (CASTEL, 2008, p. 124).

Estes depósitos se constituíam assim como os antigos Hospitais gerais em verdadeiros morredouros. Conforme aponta Castel (2008, p.

127) eram “prédios insalubres, sem higiene nem cuidados médicos”. Percebe-se nesta direção, portanto, uma mudança radical na lógica da punição. Busca-se uma aliança entre a punição do “inútil para o mundo” e sua utilização através do trabalho escravo útil ao poder⁴.

2.4 OS AVANÇOS DO CAPITALISMO NO SÉCULO XX

Já no contexto europeu, ao fim da primeira guerra mundial a situação econômica e política desfavorece ainda mais a atenção social, em um contexto de aumento da pauperização da classe trabalhadora. Isto porque, a Europa neste período busca se reerguer através da modernização de sua produção e a da adesão a medidas protecionistas, com vistas a reduzir as importações norte-americanas. E o grande estoque de produtos gerados pelo sistema fordista-taylorista não encontrava saída no mercado devido as condições em que se encontravam os países no pós-guerra. Entre outros elementos esta situação acaba desencadeando a crise de 1929, marcada pela “quebra” da Bolsa de Valores de Nova Iorque. Desta crise, resultaram quatorze milhões de desempregados, bancos falidos e milhares de empresas fechadas. Esta situação não afeta unicamente os Estados Unidos, mas também os diversos países que exportavam para o mercado norte-americano.

Com vistas a superar a crise o então presidente norte-americano Franklin Roosevelt, implantou um conjunto de medidas que ficou conhecido como “New Deal”, baseadas nas propostas de John Keynes, que primavam pelo pleno emprego dos trabalhadores. O Estado passa, desta forma, a intervir diretamente na economia através de concessões de empréstimos, controle dos preços, fixação de salários-mínimos e criação de salários-desemprego, conseguindo controlar relativamente a crise, conforme aponta Iamamoto:

Coube ao Estado viabilizar salários indiretos por meio das políticas sociais públicas, operando uma rede de serviços sociais, que permitisse liberar

⁴ No Brasil, no contexto do século XVIII e XIX a assistência social associava-se a “ajuda” aos moradores de rua, que provinham de iniciativas voluntárias e das igrejas através principalmente das Santas Casas de Misericórdia. Halmer (1986, p. 283) aponta que no século XIX a pobreza ainda fora tratada como “fonte de desordens, doenças perigosas e força muscular”. Para aprofundamento da temática ver: HALMER, Edith June. **Pobreza e Política: Os Pobres Urbanos no Brasil – 1870/1920**. Edunb: Editora da Universidade de Brasília, 1986.

parte da renda monetária da população para o consumo de massa e consequente dinamização da produção econômica. [...] Esse padrão de desenvolvimento possibilitou o avanço de certas conquistas no campo do bem-estar social, especialmente nos países de primeiro mundo, por meio do conhecido Welfare State (IAMAMOTO, 2006, p. 30).

Nesta direção, vive-se os chamados “30 anos gloriosos” com desenvolvimento da economia e melhorias na qualidade de vida da classe trabalhadora. No entanto, por volta dos anos 1970 o período “glorioso” decaiu. Isto porque o capital solicita mais lucro, os neoliberais se queixam da estagnação econômica e culpam o Welfare State por isso. A ideologia neoliberal se impregna e o Welfare State é derrubado, além disso, o modo de produção taylorista-fordista, baseado na produção em massa foi substituído pelo modelo toyotista de produção flexível.

Assim, os anos 1980 são marcados por uma revolução tecnológica na esfera produtiva com base na microeletrônica. No toyotismo o tempo deve ser aproveitado ao máximo para aumento da produção que deve levar em conta as demandas do mercado. Com relação aos trabalhadores estes, trabalham no toyotismo sob padrões de qualidade total. Especializados em diferentes tarefas trabalham divididos em grupos que executam determinadas funções e fiscalizam uns aos outros, fato este, que diminui os desperdícios de tempo e matéria-prima, aumentando a eficácia e lucratividade do capital. Além é claro, de estimular as individualidades e a concorrência entre os próprios trabalhadores em um regime de cada um por si e salve-se quem puder. Visto que o sistema toyotista tem por uma de suas principais características a utilização de mão de obra terceirizada.

No toyotismo o trabalhador pode, portanto, ser facilmente substituído, fato este, que demonstra a lógica da compreensão de Marx acerca do sistema de produção capitalista até a atualidade: “Graças ao progresso da produtividade do trabalho social, quantidade sempre crescente de meios de produção pode ser mobilizada com um dispêndio progressivamente menor de força humana” (MARX, 2002, p. 748).

Nesta direção, o que se percebe é que o trabalhador se transforma em refém da maquinaria e que com o advento da robótica, máquinas inteligentes e automação, o mercado de trabalho se afunila exigindo especializações e qualificações dos trabalhadores. E empregando cada vez menos mão de obra, e com isso, formando uma gama de trabalhadores

excedentes que lutam por uma oportunidade de trabalho. Esta população excedente, em geral, passa a integrar o mercado informal de trabalho para manter sua subsistência.

De forma geral, é esta parcela da população também que busca trabalho em outras cidades, que realiza trabalhos sob condições precárias de forma autônoma (catadores de material reciclável, vigias de carros em estacionamentos, etc.). E é esta parte da população que pode acabar indo para as ruas, utilizando o espaço urbano como casa e trabalho e sendo relegada a exclusão social e a privação de direitos básicos à vida, conforme aponta Sposati:

Difícilmente se reconhece no catador de lixo, no recolhedor de sucata, na criança que dorme ao relento um brasileiro portador de direitos sociais. A naturalização da miséria ainda os conserva no mundo da ralé monárquica ou da “coisificação” da escravatura (SPOSATI, 1995, p. 13).

Com isto, busca-se demonstrar que a produção capitalista se altera em seus meios para obtenção de lucratividade, muito embora, sua lógica e finalidades permanecem inalteradas.

No contexto atual, conforme aponta Antunes (1996), a lógica perversa implementada com o toytismo aumenta, portanto, o desemprego visto que as atividades desempenhadas pela máquina adquirem um grau de perfeccionismo impossível de ser atingido pela mão humana. Além disso, aumenta a inserção informal no mercado de trabalho e expande os empregos no setor de serviços de forma terceirizada. Para o autor, este quadro torna-se mais trágico quando se percebe que o desemprego se torna estrutural, ou seja, os postos de trabalho que deixam de existir não serão recuperados, independentemente dos avanços econômicos (ANTUNES, 1996).

Na atualidade, torna-se de suma importância a compreensão e análise da condição coletiva das pessoas em situação de rua enquanto integrantes de um grupo populacional que, apesar de bastante heterogêneo apresenta aspectos e interesses em comum que o despertam para uma luta coletiva. Conforme aponta a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua (2008, p. 08) esta população pode ser definida como um:

Grupo populacional heterogêneo que tem em comum a pobreza, vínculos familiares quebrados

ou interrompidos, vivência de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento. Naturalmente, existem muitas outras especificidades que perpassam a população de rua e devem ser consideradas, como gênero, raça/cor, idade e deficiências físicas e mentais.

Tais características são comuns a esta população desde sua gênese até a atualidade visto que as bases do capitalismo não se alteram, e o fenômeno população em situação de rua permanece uma realidade perpassada pelas contradições inerentes ao modo de produção capitalista.

Isto porque a pobreza permanece sendo criminalizada e sua superação tomada como fruto de esforço pessoal e individual de cada um a partir do suor de seu trabalho. O que esta ideologia esconde, no entanto, é que isto é inviável às grandes massas populacionais desprovidas de condições básicas para isto.

2.5 O CAPITALISMO E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CONTEMPORANEIDADE

Entende-se o resgate histórico como elemento fundamental para compreensão do surgimento do fenômeno social pesquisado, e para observação dos possíveis avanços, limitações e repetições no enfrentamento a esta expressão da questão social. Destarte faz-se necessária, portanto, também a compreensão do contexto atual do desenvolvimento capitalista e da forma como este perpassa o fenômeno população de rua na contemporaneidade.

Conforme observado anteriormente, o trabalho ocupou, ao longo da história, lugar central nas transformações ocorridas no mundo com a instauração do capitalismo, bem como, esteve e ainda está, diretamente interligado à chamada situação de rua. Nesta direção, o desemprego é referenciado junto ao alcoolismo e uso de drogas e às desavenças familiares como os principais motivos pelos quais as pessoas passam a viver e morar na rua, segundo a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (2008, p. 11). Segundo Prates, Prates e Machado (2011, p. 196):

Ainda que uma diversidade de estudos realizados no Brasil e no mundo sobre sujeitos em situação de rua mostre que não só o desemprego tem sido fator determinante para condicionar processos de rualização, a centralidade do trabalho aparece na expressão dos sujeitos de modo significativo.

Diante destas considerações é preciso entender esta relação a partir das características que o trabalho assume com a instauração do sistema capitalista, ou seja, a partir da concepção de trabalho que se admite desde então. Na medida em que no sistema capitalista o trabalho deixa de ser identificado enquanto “ação transformadora da natureza, realizada pelos seres humanos de forma consciente” (SILVA, 2009, p. 257) com a finalidade de atender às suas necessidades. E passa a ser considerada atividade alienada e fetichizada orientada para a finalidade única de criação de novas mercadorias que impulsionem a valorização do capital.

O trabalho sob esta ideologia torna-se “uma mercadoria especial” (SILVA, 2009, p. 257), pois é utilizando-o como base de sustentação que o capitalismo pode não apenas manter seus pilares peremptórios, mas também alavancar sua ascendência. Tomando-se como pressuposto que a exploração da mão de obra assalariada através do trabalho não pago é o que permite a ascensão do capitalismo e que, sob esta perspectiva o desemprego constitui-se enquanto “fenômeno intrínseco ao processo de acumulação de capital” (SILVA, 2009, p. 223).

Tem-se que, a população em situação de rua apresenta-se enquanto um fenômeno social cuja determinação fundante e agravamento contínuo relaciona-se a esta degradação do trabalho. Degradação esta, compreendida enquanto todo o conjunto de pressupostos capitalistas, quais sejam, a transformação do trabalhador em assalariado desprovido dos meios de produção; a exploração do trabalho não pago; o desemprego e o conseqüente aumento da pobreza; o subemprego, sob a forma de trabalho informal e terceirizado. Enfim, a toda mescla de formas de exploração do trabalho, que cada vez mais desenvolve novas tecnologias e aprimoramentos no sentido de atender ao objetivo central de concentração de riquezas nas mãos de poucos às custas da expropriação e empobrecimento da grande massa de trabalhadores.

Na atualidade, a reestruturação produtiva repercutiu como um novo modelo de organização do trabalho, sustentado pela automação de base microeletrônica. Bem como, em novas formas de gestão da mão de obra. As conseqüências deste novo modelo repercutiram de forma negativa sobre a classe trabalhadora, com a desregulamentação de direitos

conquistados ao longo da história através das lutas trabalhistas. Além de causar a diminuição de postos de trabalho e consequente desemprego. E ainda conforme Silva (2009, p. 20) se refletiu na “redução dos laços de solidariedade no âmbito do trabalho, arrefecimento das lutas e diminuição do poder de pressão do movimento sindical.”

Estas condições, geraram, portanto, efeitos extremamente negativos levando a produção de uma “expressiva superpopulação relativa que fez aumentar as desigualdades sociais e elevar os níveis de pobreza da classe trabalhadora” (SILVA, 2009, p. 21). Este contexto, de acordo com a autora, levou muitos indivíduos e inclusive famílias inteiras à situação de rua.

Nesta direção, o trabalho constitui-se enquanto categoria central para análise do fenômeno população em situação de rua. Trabalho compreendido enquanto constituinte do mundo da vida, estabelecido no chamado “mundo natural” e que desemboca no “mundo social”. Compreendido, portanto, enquanto processo recíproco de interação entre homem e natureza. Onde o homem ao se relacionar com a natureza extraindo dela os recursos dos quais necessita, altera e transforma consequentemente a si mesmo. Em uma relação que é social por refletir ações humanas e inacabável na medida em que, ao objetivar-se pelo trabalho, o homem não apenas supri as necessidades que lhe são imediatas. Mas também cria novas necessidades, bem como, novos questionamentos que lhe instigam a novas descobertas e respostas. Nas palavras de Marx:

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais (MARX, 2002, p. 211).

O trabalho é, portanto, condição vital ao homem em qualquer forma de sociedade, visto que é necessário para a manutenção da vida e

estruturante da sociedade humana. Trata-se de uma categoria inerente a vida humana ainda, por sua característica teleológica, na medida em que o homem se distingue dos demais animais justamente por sua capacidade de projetar, planejar e idealizar o produto de seu trabalho antes mesmo de sua execução. Conforme Marx:

Pressupomos o trabalho sob forma exclusivamente humana. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colmeia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho (MARX, 2002, p. 211-212).

Entretanto, no capitalismo “o trabalho é subvertido em seu sentido mais fundamental, de realização do ser humano, assumindo a forma de trabalho assalariado, alienado e fetichizado” (SILVA, 2009, p. 23). O trabalhador perde, portanto, sua capacidade criativa e torna-se uma forma de mercadoria.

Isto, porque, no capitalismo o trabalhador é detentor apenas de sua força de trabalho a ser vendida para manutenção de sua subsistência. Desta forma, o trabalhador troca sua força de trabalho por um salário, a ser pago pelo capitalista detentor dos meios de produção e dos produtos e riquezas produzidas socialmente.

Percebe-se então, que o trabalho que se constitui enquanto fundador do ser social, sob a lógica do capital se torna degradado e degradante, alienado e estranhado. Desta forma, perde sua dimensão original de produzir coisas úteis, com vistas a suprir necessidades humanas e passa apenas a atender as necessidades do capital.

O trabalho no capitalismo aliena o trabalhador na medida em que, o produto de seu trabalho aparece, no final, como algo alheio ou estranho

ao trabalhador, ou seja, como um objeto que não lhe pertence. Com o industrialismo, a racionalização no trabalho, o trabalho parcializado, observa-se que as propriedades humanas do trabalho aparecem como simples fontes de erro. O homem/trabalhador aparece apenas como uma parte do processo de trabalho, uma parte mecanizada e não como verdadeiro portador deste processo. Ele não tem mais domínio de todo o processo de produção na medida em que não controla os meios e sequer os instrumentos de trabalho. Desta forma, essa mecanização/racionalização, faz com que as atitudes do trabalhador percam seu caráter de atividade criadora e criativa para se tornarem apenas atividade contemplativa (LUKÁCS, 1974, p. 102-104). Enfim, conforme explicita Marx, o trabalhador neste modo de produção capitalista se encontra “[...] tímido, contrafeito, como alguém que vendeu sua própria pele e apenas espera ser esfolado” (MARX, 2002, p. 206).

Na contemporaneidade, desenvolve-se de acordo com Ianni (2004) um novo ciclo de expansão do capitalismo que conta com o globalismo como novo palco da história e com o neoliberalismo como teoria, prática e ideologia de dominação. O autor alerta para a formação de um novo e aterrador palco da história onde se desenvolvem concomitantemente “o progresso e a decadência, a prosperidade e a miséria, a pauperização absoluta e a pauperização relativa, a civilização e a barbárie” (IANNI, 2004, p. 29).

O capitalismo permeado pela ideologia neoliberal no contexto da globalização adquire uma nova dinâmica que se alastra e adensa em escala mundial. Conforme Ianni (2004, p. 27) “enquanto modo de produção e processo civilizatório, o capitalismo invade mais uma vez, os territórios e as fronteiras, os povos e as nações, as culturas e as civilizações”. Dissemina a ideologia que transforma as relações sociais em relações de mercado, onde cidadania se torna sinônimo de possibilidade de consumo aos bens do mercado. Ao tratar do movimento de múltiplas transformações nas diferentes sociedades nas últimas décadas do século XX a partir do novo cenário político, econômico e social que se instaura com o processo de globalização e avanço tecnológico, Bulla et al. (2004, p. 33) destacam os impactos destas transformações para a classe trabalhadora e, alertam que:

[...] como corolário dessas transformações, cada vez mais, em diferentes espaços geográficos e com graus de intensidade variados, tem-se observado um maior índice de desemprego estrutural, um

desmonte do sistema de proteção social e um alheamento a direitos sociais e trabalhistas.

Este novo ciclo de “racionalização do mundo” (IANNI, 2004, p. 95) incide, portanto, diretamente sobre a vida dos trabalhadores, em especial sobre os desempregados e empregados sob condições precárias. Incide ainda mais violentamente sobre àqueles que sob estas condições vivenciam a experiência de pauperização absoluta fazendo das ruas seu local de moradia. As ruas dos grandes centros urbanos aparecem portanto, enquanto grandes refletoras da dicotomia cruel do sistema capitalista. Visto que abrigam tanto as grandes empresas multinacionais, quanto aqueles “seres humanos transformados em sucata, graças a lógica de destruição criativa” (IANNI, 2004, p. 156). Seres humanos estes, chamados à responsabilidade de culpados do destino a qual se encerram e capazes de transformá-los apenas com a força de vontade. Conforme Bulla et al. (2004, p. 34) estes indivíduos são de modo fetichizado “levados a se considerarem os únicos responsáveis pela situação da qual, na verdade são vítimas.

A partir da análise realizada percebe-se que o fenômeno população de rua se gesta e desenvolve no sistema de produção capitalista, que para perdurar necessita da exploração e expropriação de todos os meios de produção e reprodução da classe trabalhadora.

Desta forma, o sistema capitalista de forma cruel explora e degrada a vida dos indivíduos, os submetendo a precárias condições de sobrevivência. Cria um exército industrial de reserva que aguarda uma oportunidade de se inserir no mercado de trabalho formal. Algumas destas pessoas sem ter meios de manter sua subsistência se inserem de forma precarizada no mercado informal de trabalho, e ou acabam indo parar nas ruas das cidades, fazendo destas, seus locais de moradia e subsistência.

Historicamente, a população em situação de rua foi vista sob a perspectiva da caridade ou da repressão, enquanto um grupo populacional que não contribui com o progresso das civilizações. E que, portanto, encontra-se relegado ao esquecimento e ao descaso, uma população que não produz, não consome e que, segundo esta lógica, não acresce lucro ao capital e, assim, não deve ter voz nem vez.

Sob o prisma da organização capitalista contemporânea, a problemática das pessoas em situação de rua apenas se agrava devido ao aumento do desemprego estrutural, estímulo a competitividade e crescente individualização das relações sociais:

O pressuposto do liberalismo, ou neoliberalismo, hegemônico em nossos dias, tanto no plano econômico, como no filosófico e social, é o de que o progresso e o desenvolvimento só são possíveis através da competitividade. E o confronto, o choque entre interesses diferentes ou contrários, que vai fazer com que as pessoas lutem, trabalhem, se esforcem para conseguir seu bem estar, sua qualidade de vida, sua ascensão econômica (GUARESCHI, 2001, p. 146).

Desta forma, o capitalismo representado pela ideologia neoliberal, culpabiliza o sujeito por seus “fracassos” e responsabiliza cada um por seu “sucesso”. “Sucesso” este, que deve ser conquistado através do trabalho, sob esta perspectiva àqueles que não estão inseridos no mercado de trabalho são automaticamente classificados como fracassados. Uma vez que “a questão do trabalho está vinculada ao imaginário social acerca do morador de rua, permeado por discriminação e estigmas” (PRATES; PRATES; MACHADO, 2011, p. 204).

Desenvolve-se, portanto, uma supervalorização do indivíduo, em detrimento das lutas de classe e uma competitividade exacerbada entre os próprios homens sem levar em conta as condições sociais, econômicas e culturais que os põe em desigualdade. Guareschi (2001) classifica o contexto atual através do termo “metafísica da competitividade”:

Mas atenção não se trata aqui da competitividade que se estabelece no mercado apenas, [...] trata-se da competitividade que se estabelece entre os seres humanos o que se instala é um novo tipo de guerra. O ser humano, como ser isolado e egoísta (dogmas do liberalismo), tem de competir para sobreviver, de um lado, e de outro, para trazer progresso (GUARESCHI, 2001, p. 147).

Esta lógica se reflete na minimização do Estado no que tange principalmente o atendimento às necessidades sociais, nas palavras de Ianni:

O poder estatal é liberado de todo e qualquer empreendimento econômico ou social que possa interessar ao capital privado nacional e transnacional. Trata-se de criar o “Estado mínimo”, que apenas estabelece e fiscaliza as regras do jogo

econômico, mas não joga. [...] O que está em causa é a busca de maior e crescente produtividade, competitividade, e lucratividade, tendo em conta mercados nacionais, regionais e mundiais (IANNI, 2004, p. 314).

Guareschi (2001, p. 150) demonstra que este distanciamento das funções estatais com relação a proteção social e consequente responsabilização dos sujeitos por sua condição social, correspondem a estratégias que servem para sacralizar, legitimar e reproduzir as relações de exclusão. Nesta direção, aponta que “as pessoas são individualmente responsabilizadas por uma situação econômica adversa e injusta”. E conclui que o resultado desta ideologia “é a exclusão não apenas de alguns, mas de milhões, ou bilhões de seres humanos” (GUARESCHI, 2001, p. 150).

O que se conclui, portanto, é que todo o conjunto de fatores necessários a apropriação e acumulação capitalista, são em contrapartida estopins de processos de pauperização. Pauperização esta, que desencadeia o fenômeno social população em situação de rua, que apesar de multideterminado (visto que inúmeros fatores podem levar o indivíduo a estabelecer moradia nas ruas) possui causas estruturais vinculadas ao processo de acumulação capitalista, principalmente no que se refere a necessidade da geração de uma superpopulação relativa. No contexto atual a população em situação de rua se apresenta enquanto uma das expressões mais radicais da questão social, na medida em que, explicita as contradições e as formas violentas sob as quais o capitalismo incide sobre a classe trabalhadora.

Enfim, diante deste quadro de incertezas que condicionam o contexto social contemporâneo e da gravidade da situação de responsabilização individual e violação de direitos que caracteriza a população em situação de rua. Não é difícil perceber que o caminho a ser trilhado deve ser o da implementação de políticas públicas capazes de ampliar a abrangência protetiva do Estado para com esse grupo populacional. E principalmente, a efetivação da leitura crítica da realidade por parte de gestores, implementadores e avaliadores das políticas públicas voltadas à atenção a este grupo populacional, de modo a evitar ações calcadas no senso comum. Conforme alertam os autores Prates, Prates e Machado (2011, p. 205):

Destaca-se que não só a comunidade em geral, mas também lideranças públicas e técnicos, segundo a

percepção desses sujeitos, os veem de modo estigmatizado, reiterando os processos de interdição de seus direitos, o que acaba por impactar na avaliação que fazem das políticas de atendimento.

Entretanto, é preciso esclarecer que, apesar de fundamentais, os avanços em termos de proteção social não significam a superação deste fenômeno social, uma vez que esta é possível apenas, através da superação do sistema que o gestou. E esta superação tende a ser provocada de acordo com Mészáros (2009), por vários fatores inerentes ao próprio sistema capitalista. Inclusive, pelo mesmo fator que desencadeou o fenômeno população em situação de rua, ou seja, o desemprego.

Para Mészáros (2009) o fato de o capital basear-se na expansão e ser movido pela acumulação, ao mesmo tempo que o fortalece, pode também lhe causar consequências devastadoras. O autor sugere que as crises cíclicas do capital, tendem a denotar uma crise estrutural e que o próprio desemprego representa um perigo sério para o sistema como um todo. Na medida em que desemboca na consequência de um aumento gradativo de uma força de trabalho crescentemente supérflua, que compromete o sistema pela redução do poder de compra e que pode, portanto, bloquear a realização dos lucros. O desemprego se constitui segundo Mészáros (2009) uma “dinamite social” ao cenário contemporâneo, minando a estabilidade política e social mesmo nos países centrais.

É nesta direção, que se pretendeu contribuir ao longo desta subseção para com a reflexão crítica acerca do fenômeno social população em situação de rua. Bem como, a respeito de sua inserção no contexto de uma forma de organização social, política, econômica e ideológica perversa. Forma de organização esta, porém, que não se constitui enquanto o fim da história, mas sim, enquanto capaz de ser superada dando lugar a um novo recomeço.

2.6 TERRITÓRIOS URBANOS E SITUAÇÃO DE RUA

Neste momento do estudo busca-se apresentar uma reflexão acerca da apropriação do espaço das ruas das cidades por pessoas que utilizam estes locais públicos para moradia e manutenção de sua subsistência.

Essa discussão se propõe a investigar de que forma essa estratégia de sobrevivência influencia nas condições de saúde da população em situação de rua, haja visto que, a proposição de se pesquisar sobre o acesso

à saúde de uma determinada população, implica conhecer primeiramente suas condições de vida.

Nesta direção, ressalta-se a importância da problematização acerca do que significa “estar em situação de rua” no âmbito das condições de saúde dessa população. Na medida em que, pensar o “estar em situação de rua” implica a compreensão das exposições de todas as ordens a que estão sujeitos os indivíduos que nela estabelecem moradia. E, não apenas moradia, mas todo o conjunto de relações sociais que perpassa a vida de uma pessoa e, que abarca uma série de elementos objetivos e subjetivos. Ou seja, implica, o desenvolvimento de relações de amizade, amor, conflito e toda a imensidão de sentimentos humanos. Também de ações humanas cotidianas, que abarcam as necessidades fisiológicas, de higiene, de alimentação, de trabalho, enfim, de uma série de atividades, as quais, muitas delas, remetem a dimensão do que convencionou-se socialmente atribuir ao espaço privado, íntimo. Porém, que no caso das pessoas em situação de rua são desenvolvidas no espaço público, fato que, desagrada a sociedade de forma geral.

Sob esta perspectiva, pode-se dizer que tal exposição não se relaciona apenas a dimensão anátomo-biológica do indivíduo no que diz respeito aos riscos da situação de rua à saúde. Mas também, à condição psicológica e social que incide diretamente sobre suas condições de vida e saúde. Tais como, a exposição direta a todas as mazelas das ruas das cidades que, enquanto lugares de grande circulação cotidiana de pessoas, apresentam dimensões e significados múltiplos àqueles que nelas moram. E, nesse sentido, pode-se dizer que as ruas das cidades e a grande concentração de transeuntes que comportam, fazem com que estas apresentem-se tanto como locais que permitem “maiores” possibilidades de manutenção de subsistência às pessoas em situação de rua. Quanto como locais de grande exposição à violência, à impossibilidade de privacidade, à sujeira, à estigmatização, à expulsão de locais públicos e privados, à ausência de condições mínimas de sobrevivência, conforto e bem-estar.

E, mesmo, a ausência de algumas necessidades práticas do dia-a-dia, como por exemplo, o fato de que não há como guardar ou preparar um alimento, guardar um medicamento, um objeto de valor (material ou sentimental) e, até mesmo, em muitos casos um objeto de valor não tão elevado assim, como um simples cobertor ou uma caneca, e até mesmo documentos pessoais, estando expostos ao roubo, ou furto. Tais questões, apesar de parecerem a primeira vista simples, são muito significativas, na medida em que incidem diretamente sobre a saúde, visto que, a ausência de documentos dificulta o acesso à atendimento em saúde, não ter onde

guardar o medicamento que precisa usar, estando sujeito a perdê-lo ou tê-lo furtado implica em interrupção de um tratamento e, consequente piora no estado de saúde. Enfim, todas as atividades humanas da vida diária são comprometidas quando a casa é a rua e o *“teto é o céu”* (Quincas).

Para entender, portanto, como o “estar em situação de rua” influencia nas condições de vida e saúde desse segmento populacional é preciso refletir acerca de como o território urbano se constitui. Compreender o que leva os indivíduos em situação de rua a se estabelecerem nos territórios urbanos e, como estes territórios em constante movimento e desenvolvimento sócio-espacial incidem sobre a vida das pessoas que os utilizam para moradia e subsistência.

Nesta direção, destaca-se que para desenvolvimento da presente reflexão o uso do termo território seguirá a perspectiva de Koga (2003), pois, busca-se compreender a questão do território urbano para além de suas delimitações geográficas e organização espacial. Compreendendo-o, portanto, enquanto espaço dinâmico de cidadania, contradições e lutas sociais, enfim, de um emaranhado cotidiano de relações sociais e de poder onde se materializam as condições de vida dos cidadãos e as desigualdades sociais. Conforme Koga (2003):

O território, também representa o chão do exercício da cidadania, pois cidadania significa vida ativa no território, onde se concretizam as relações sociais, as relações de vizinhança e solidariedade, as relações de poder. É no território que as desigualdades tornam-se evidentes entre os cidadãos, as condições de vida entre os moradores de uma mesma cidade mostram-se diferenciadas, a presença/ausência dos serviços públicos se faz sentir e a qualidade dos mesmos serviços apresentam-se desiguais (KOGA, 2003, p. 33).

Conforme salientado anteriormente o fato de pessoas fazerem das ruas seu local de moradia já era comum antes da estruturação do sistema capitalista, entretanto, este fato se agrava com o surgimento deste modo de produção, adquirindo determinadas características e agravando-se à grandes proporções em decorrência da lógica do capital.

O processo de formação dos grandes centros urbanos a partir da revolução industrial, não se deu de forma ordenada, pelo contrário, seu processamento acelerado e descontrolado forçaram os polos industriais brasileiros a abrigar uma gama de pessoas superior à suas capacidades de absorção. Isso ocorre tanto em termos de condições sócio demográficas

quanto trabalhistas, sendo que a indústria recém gestada e em processo de desenvolvimento no País era incapaz de absorver a grande quantidade de trabalhadores que migravam do campo em busca de “melhores” condições de vida e trabalho. As cidades desta forma, desenvolvem-se, sob os pilares da segregação e exclusão e suas ruas tornam-se o reflexo dessa situação.

A ausência de planejamento das cidades para recepção do grande contingente populacional que para elas migra no período da revolução industrial, desemboca em uma situação precária de habitabilidade, cujos reflexos podem ainda ser sentidos na atualidade. O desenvolvimento de áreas periféricas, a ausência de saneamento, água, esgoto, habitação, enfim, de todo o conjunto de condições básicas de qualidade de vida não era suficiente a todos.

Desta forma, é nas ruas das cidades que a moradia e o trabalho, passam a ser desenvolvidos, por muitos daqueles que à este período histórico não conseguiram seu espaço privado de moradia e, seu trabalho assalariado em uma fábrica. Esta ausência de proteção social imbuída pela lógica capitalista de responsabilização individual pela manutenção de sua subsistência sem, no entanto, o oferecimento de mínimas condições para isso. Bem como, a estratégia do uso das ruas das cidades no período de surgimento do sistema capitalista brasileiro como local de moradia e sustento, é destacada por Bursztyn (2003) da seguinte maneira: Viver no meio da rua não é um problema novo. Se não é tão antigo quanto a própria existência das ruas, da vida urbana, remonta, pelo menos, ao renascimento das cidades, no início do capitalismo. [...] As ruas eram locais de sobrevivência. Muitos ofícios eram desempenhados em áreas públicas. E era ali que se expressavam as condições de privação. Fim do sistema servil, já não interessava a preservação, por parte dos velhos senhores, das classes despossuídas. Cada um teria que buscar seu sustento no novo mundo do mercado. E não havia trabalho para todos, nem habitação, nem comida. Muitos trabalhavam e viviam no meio da rua (BURSZTYN, 2003, p. 19 – grifos do autor).

O fenômeno população em situação de rua é inerente ao sistema capitalista e, a suas formas de manutenção e desenvolvimento são pautadas na expropriação da classe trabalhadora da detenção de todos os meios de produção, deixando a classe trabalhadora a mercê da detenção apenas de sua força de trabalho a ser vendida no mercado. E, não tendo o mercado a possibilidade material e imaterial de abarcar toda a mão de obra disponível, haja visto, que a absorção total desta, contradiz seu próprio sistema de acumulação de capital. Uma vez que a superexploração de mão de obra, sob esta perspectiva depende da disponibilidade de trabalhadores excedentes que incitem a competitividade por postos de trabalho e, a consequente temerosidade e docilidade daqueles que se encontram empregados. Ainda na atualidade, a população em situação de rua, constitui-se enquanto fenômeno social urbano presente e em constante agravamento.

Nesta direção, vive-se na atualidade, um contexto que se agrava a cada dia, onde, para muitos indivíduos, até mesmo um dos direitos mais básicos do ser humano, o direito à moradia, é negado. Nomenclaturas de Programas Sociais Governamentais como, por exemplo, o Programa “Minha Casa, Minha Vida”⁵, demonstram que a habitação, a casa, o espaço de convívio entre paredes e abaixo de um teto, se constitui enquanto um fator de suma importância na vida do cidadão. E neste caso, a população em situação de rua é um exemplo, portanto, de extrema exclusão sócio espacial.

As desigualdades sociais se evidenciam no território urbano, na medida em que, é nas cidades que as diferenciadas condições de vida da população se fazem perceber. E, é também, nas cidades, mais especificamente nos grandes territórios urbanos, que a população em situação de rua se estabelece. Isso se dá, de acordo com Silva (2009), devido a fatores como a maior circulação de capital nestes lugares, a maior possibilidade de geração de trabalho e renda, como por exemplo, o trabalho com reciclagem. A rua nos grandes centros urbanos constitui-se ainda, como espaço com grande concentração de pessoas e de capital o que facilita a arrecadação de doações e a venda de mercadorias pelos indivíduos que se encontram em situação de rua.

⁵ O Programa Minha Casa Minha Vida é um programa do Governo Federal em parceria com os estados e municípios, gerido pelo Ministério das Cidades e operacionalizado pela CAIXA. O objetivo do Programa é a produção de unidades habitacionais, que depois de concluídas são vendidas sem arrendamento prévio, às famílias que possuem renda familiar mensal até R\$1.600,00.

Além disso, de acordo com Silva (2009, p. 118), “é nos grandes centros urbanos que se estruturam e atuam as instituições públicas e de caráter filantrópico que fornecem alimentação, abrigo, lavanderias e outros serviços para este público”. A autora acrescenta ainda, que outro motivo desta predominância da população em situação de rua nos centros urbanos relaciona-se a arquitetura destes. Na medida em que, as cidades grandes oferecem, de forma geral, mais possibilidades de abrigo do que as pequenas cidades.

Os autores Varanda e Adorno (2004, p. 64) também constataam através de sua pesquisa, que a permanência das pessoas em situação de rua nos grandes centros urbanos, se relacionam às ocupações que exercem. Os autores dão o exemplo dos ambulantes e catadores de materiais recicláveis, que são atividades executadas com certa regularidade pelas pessoas em situação de rua. E de outras funções que são executadas com menor constância como é o caso dos descarregadores de caminhões, guardadores de carros e carregadores de feira, por exemplo.

Os autores Junior et al. (1998, p. 49) também abordam esta característica da população em situação de rua, reforçando a ideia de que a concentração destes indivíduos nos grandes centros urbanos vincula-se a obtenção de alimentos e recursos financeiros, quando afirmam que:

Essa população fixa-se predominantemente nas áreas centrais das cidades, onde comércio e serviços em geral se concentram, atraindo maior fluxo de pessoas, o que possibilita a obtenção de alimentos e alguns recursos financeiros, sendo que, no período noturno, esses locais ficam praticamente despovoados e se transformam em abrigos.

Para Ianni (2004, p. 155) a constante migração, não mais do campo, na atualidade, mas das pequenas cidades para os grandes centros urbanos, faz com que estes, se tornem cada vez maiores e mais complexos. E ao mesmo tempo, em que nestes centros se concentram inúmeras diversidades, se estabelecem em igual proporção as desigualdades sociais.

Desta forma, o autor aponta que as cidades contemporâneas se apresentam enquanto uma “síntese literal e metafórica da sociedade, na qual prevalecem a riqueza e a pobreza, lado a lado [...]” (IANNI, 2004, p.156). Nesta direção, Ianni (2004) retrata a cidade enquanto um

emaranhado de grupos, línguas, religiões, opiniões, etnias, identidades, classes sociais que se interligam cotidianamente. As cidades segundo o autor formam “os elos mais visíveis, nos quais se polarizam a riqueza e a pobreza, a paz e a violência, a ciência e a técnica, a ideologia e a utopia, a beleza e a tristeza” (IANNI, 2004, p. 161).

Conforme apontado anteriormente, todo este processo de urbanização, ou seja, de constituição das cidades, se inicia com a introdução do sistema capitalista de produção, que desencadeia um movimento de intensa migração do campo para as cidades onde concentram-se desde o princípio as fábricas e mais tarde as indústrias. As cidades, por sua vez, não estavam preparadas para o recebimento deste grande contingente populacional. Tal acúmulo crescente de habitantes, aliado ao despreparo e a falta de planejamento dos centros urbanos, faz com que estes se tornem grandes áreas de risco, na medida em que abrigam altos índices de miséria, desigualdades sociais, desemprego, violência e medo.

Santos (2008) aponta em seu livro “A urbanização Brasileira” que este crescimento exacerbado da população aliado a ausência de um planejamento adequado das cidades brasileiras desencadeou um sério problema da segregação, tanto espacial quanto social.

Nesta direção, o autor aponta que a segregação espacial está relacionada à valorização excessiva dos imóveis em áreas que dispõem de serviços básicos, tais como, asfalto, saneamento básico e transporte. E que esta segregação espacial é também social na medida em que se estabelecem nas áreas mais valorizadas também os serviços (escolas, hospitais, etc.) de melhor qualidade, espaços estes destinados apenas aos que podem pagar.

As atividades sociais e comerciais costumam, portanto, estar centradas em determinados espaços no interior das cidades. Espaços estes, que por oferecerem melhor qualidade de vida a seus moradores, possuem altos custos, excluindo um grande contingente populacional da possibilidade de acesso a moradia nestes locais. Assim, Santos (2008) demonstra que o Estado atua de forma a manter os interesses das classes dominantes, que desejam um espaço particular para sua reprodução social, inviabilizando, com isto, um planejamento espacial democrático e igualitário.

Neste contexto, tal processo de segregação, desencadeia o surgimento e desenvolvimento de áreas periféricas e altos índices de déficit habitacional. Problemas estes, que são agravados devido ao escasso investimento público no setor imobiliário no que se refere a habitações populares. E que levam a uma situação em que, de forma geral,

a classe média acaba por ocupar as habitações que eram destinadas a população de baixa renda. Isto devido a burocracia do processo de cadastramento e as dificuldades enfrentadas por estes indivíduos ou famílias para pagar a quantia mensal exigida para adquirir um imóvel, mesmo que popular.

É, portanto, no espaço urbano segregado e contraditório que se insere a população em situação de rua, que por vezes, já se encontra tão naturalizada no imaginário dos indivíduos, que parece fazer parte da paisagem urbana das cidades brasileiras. A chamada “situação de rua” atua de forma a fundir o público e o privado; o individual e o coletivo. Isto faz com que as pessoas que se encontram nesta situação utilizem o espaço das ruas das cidades de forma diferenciada de outros indivíduos que utilizam a rua apenas como espaço de circulação ou trabalho.

Uma vez que, para o indivíduo em situação de rua o espaço da rua se constitui enquanto o espaço de moradia, de convívio, de subsistência e de relações sociais, a rua é, portanto, para a pessoas que fazem dela seu local de moradia, um ambiente social, conforme aponta Oliveira (2004, p. 34):

É nela que se faz amigos, aprende-se ofícios, incorporam-se valores e afirmam-se crenças e comportamentos. Este espaço vital contextualiza a convivência com a população diversa, composta não só por moradores de rua, mas por uma miríade de trabalhadores e transeuntes que fazem daquele espaço seu universo de atuação existencial. Estão aí incluídos também diversos componentes de criminalidade, drogas, prostituição e junto a esses, policiais, profissionais de serviços sociais, agentes filantrópicos e educadores.

Para boa parte das pessoas que diariamente circulam nas ruas, a população em situação de rua é vista de forma pejorativa como aqueles que “suja” e “degrina” a paisagem. Pautadas na ideologia higienista-capitalista⁶, as ações governamentais referentes ao trato com este grupo populacional se direcionam a “limpeza” das cidades.

⁶ O termo higienista-capitalista é, no presente estudo compreendido enquanto processo ideológico que possui suas bases de fundamentação disseminadas através do chamado movimento higienista. Coimbra (2001, p. 88) ao tratar do movimento higienista explica que este se estabelece no Brasil no final do século XIX e início do XX, e que abarca não apenas a categoria médica, mas, “penetra

Também pautadas sob esta ideologia, a sociedade de forma geral tende a uma postura severa no trato a este segmento populacional. Seja

em toda a sociedade brasileira, aliando-se a alguns especialistas como pedagogos, arquitetos/urbanistas e juristas, dentre outros”. Ainda segundo a autora supracitada, tal “movimento, formado por muitos psiquiatras da elite brasileira da época, atinge seu apogeu na década de 1920, quando da criação da “Liga Brasileira de Higiene Mental”, por Gustavo Riedel” E tem suas bases “nas teorias racistas, no darwinismo social e na eugenia, pregando o aperfeiçoamento da raça e colocando-se abertamente contra negros e mestiços - a maior parte da população pobre brasileira. ” Coimbra (2001, p. 88) explica que o movimento higienista composto por pessoas da elite científica brasileira tinha como principal objetivo o “saneamento moral” da sociedade. Nesta direção suas propostas dirigiam-se ao combate a chamada “degradação moral”, por sua vez, associada a pobreza, “pois esta, com seus vícios, não condiz com o ideal de Nação que se pretende formular à época. ” A chamada “degradação moral” é, segundo esta teoria, tal qual uma “epidemia” uma vez que, é intrínseca às famílias pobres. E, nesta direção, sua “correção” deve partir da redefinição dos papéis “que devem desempenhar em um regime capitalista a família, a criança, a mulher, a cidade, as classes pobres” (COIMBRA, 2001, p. 90). Desta forma, tem-se que para estabelecimento desta ideologia no cotidiano da vida diária das famílias “a grande aliada dos médicos higienistas foi a mulher burguesa que se transforma em “rainha do lar”, a partir do século XIX, e tem seus filhos alçados, de uma posição secundária e indiferenciada em relação ao mundo dos adultos, para a condição de figura central no interior da família” (COIMBRA, 2001, p. 90). E, assim, pouco a pouco, vai se estruturando e ordenando o “modelo de família nuclear burguesa; ” que “passa a ficar sob a tutela dos médicos - detentores da ciência, aqueles que indicam e orientam como todos devem comportar-se, morar, comer, dormir, trabalhar, viver e morrer. Tal tutela é exercida sobre as diferentes classes sociais; em especial, com relação aos pobres, ela se faz sentir a partir da necessidade de transformá-los em corpos produtivos evitando, com isso, “a formação de espíritos descontentes, desajustados e rebeldes” (COIMBRA, 2001, p. 90). Chama-se atenção às práticas discriminatórias e coercitivas estabelecidas a este período histórico na sociedade brasileira contra os então chamados “moradores de rua”. Uma vez que estes, “encaixavam-se” sob esta lógica, na categoria dos “pobres considerados “viciosos”, por sua vez, por não pertencerem ao mundo do trabalho - uma das mais nobres virtudes enaltecidas pelo capitalismo - e viverem no ócio, são portadores de delinquência, são libertinos, maus pais e vadios. Representam um “perigo social” que deve ser erradicado; justificam-se, assim, as medidas coercitivas, já que são criminosos em potencial. Essa periculosidade também está presente nos “pobres dignos”, que por força da sua natureza - a pobreza - também correm os riscos das doenças, entretanto, é para a parcela dos “ociosos” que se irá enfatizar seu “potencial destruidor e contaminador” (COIMBRA, 2001, p. 91).

sob a forma de estigmatização, desprezo, condenação e criminalização, ou mesmo, sob formas extremas de execução de atos violentos contra a população em situação de rua. Isso pode ser facilmente constatado a partir das notícias veiculadas pela mídia de atos criminosos perpetrados contra estas pessoas, “justificados” sob os pilares do que parece ter se tornado algo “natural” e, até mesmo “admirável” por parte da sociedade: a chamada “justiça pelas próprias mãos”. Tais posturas são incitadas sob a égide de uma perspectiva construída historicamente em torno das significações sociais atribuídas às cidades e à suas ruas. Onde às primeiras é atribuído o valor simbólico da representação material “do progresso, do desenvolvimento, da reprodução material e social” (OLIVEIRA, 2011, p. 26). E, às ruas, por sua vez, são atribuídos os significados de uso coletivo, enquanto locais públicos de passagem e circulação de pessoas, cujo estabelecimento de moradia e quaisquer relações que comportem a dimensão da vida privada são dados como inadmissíveis. A respeito dos significados atribuídos à formação e uso das ruas das cidades, Oliveira (2011, p. 106) aponta que:

Historicamente foi se formando a aceção do que é esse espaço, a partir das atribuições desse como sendo um espaço público, de acesso a todos. Tanto em sua formação como na atualidade a rua é vista como espaço reservado para a passagem, para a transitoriedade e para o desenvolvimento de atividades comerciais, além de se tornar o local de superficialidade das relações, da ausência de privacidade, assim descaracterizando esse local de qualquer possibilidade de ser referência para se morar ou construir algum tipo de referência pessoal (OLIVEIRA, 2011, p. 106).

Desta forma, tem-se que o estabelecimento de moradia e subsistência nas ruas das cidades é, um movimento contraditório em si, na medida em que, apesar de não ser concebida para morar, “ela é a via de acesso a todos os recursos existentes na cidade” (OLIVEIRA, 2011, p. 54). E, utilizando o espaço das ruas de forma contrária a concepção vigente, a população em situação de rua acaba por tornar-se, perante a sociedade, a culpada pela situação da qual é vítima. Ao alterar a paisagem da rua, conferindo-lhe novos significados e atribuições que remetem a esfera privada a população em situação de rua desagrada à sociedade, que por sua vez, repele e, por vezes violenta e mata pessoas em situação de

rua em nome da “limpeza” visual e moral do território urbano. Conforme Oliveira (2011, p. 106):

[...] os moradores de rua estão completamente expostos à insegurança pessoal, estão desprotegidos por todos os lados, são sujeitos à violência permanente e, ainda, são vistos como marginais.

Tanto a demanda por cuidados de saúde referentes às doenças de ordem biológica, agravadas pelo contexto do viver nas ruas e das dificuldades dessa população em manter hábitos de cuidado em saúde em decorrência do ambiente em que vivem. Quanto às demandas de ordens psicológicas e sociais articuladas à estas de ordem anátomo-biológica, àquelas decorrentes de violências físicas ou psicológicas são demandas frequentes na Unidade de Emergência em que a pesquisadora atua como assistente social. A correlação das situações de violência sofridas por parte destes indivíduos com o fato de estarem em situação de rua é, de forma geral, destacada por estes. Seja no âmbito da disputa privada do espaço público entre si, quando uma ou mais pessoas em situação de rua disputam um determinado local para pernoitar, permanecer durante o dia ou exercer atividades laborais. Seja relacionada ao uso de drogas, as dívidas com traficantes, ou roubos e furtos de drogas e, ou outros objetos pessoais são também destacados como elementos que contribuem para a insegurança nas ruas e desencadeiam processos de sofrimento psicológicos e, ou ferimentos físicos devido a brigas. E, ainda, destaca-se o preconceito e a violência física sofrida como sendo atribuídas ao uso privado que fazem das ruas aliado às questões de gênero, etnia e raça, por exemplo. A este respeito alguns dos entrevistados da presente pesquisa relataram que:

“Uma vez já me bateram muito, foi o segurança de um restaurante aqui do Centro, ele me deu uma coça porque eu entrei lá e pedi dinheiro pros cliente dele pra pagá minha comida” (Curió)

“Já apanhei de um cara de noite, ele tava passando e eu tava no meu canto, ele me chutô, quebrô minhas custela e eu fui com o SAMU pro hospital até hoje que me dói. [...]Aí tu não sabe se é porque tu é preto, branco, amarelo, se é porque tu tá no caminho da rua que é pra ele passá, ou o que que é” (Negro Pastinha).

Tais relatos levam ao questionamento acerca da proteção social a este segmento populacional exposto à violência e à miséria e ao mesmo tempo historicamente submetido ao descaso político, desta forma, a

próxima seção objetiva problematizar os avanços em termos de proteção social e os limites ainda existentes.

3 PROTEÇÃO SOCIAL E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

No plano da proteção social à população em situação de rua alguns avanços já foram alcançados atendendo as reivindicações do Movimento Nacional de Luta e Defesa dos Direitos da População de Rua. Esse movimento social tem sua gênese a partir de um processo sócio histórico de lutas e mobilizações iniciadas na década de 1960 por parte desse segmento populacional. Processo este, que desencadeou a formação das primeiras associações e cooperativas de catadores de material reciclável, que posteriormente foram organizadas no Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. Desde então, manifestações públicas e fóruns de debate vem sendo realizados em diversas cidades brasileiras no intuito de incitar a discussão acerca da temática.

Silva (2006, p. 10) ao tratar desse movimento que se desencadeia fortemente a partir de 1960, afirma que este é fruto do contexto social pautado na “utilização desmesurada dos recursos naturais”, cuja lógica produtivista do capitalismo relaciona consumo desenfreado, produção desmedida de lixo e sujeira ao desemprego e pauperização. Tal quadro social leva à ampliação na década de 1950 do trabalho de catação de material reciclável que conforme a autora “é ampliado nas décadas subsequentes, pelo aumento do desemprego” (SILVA, 2006, p. 10). Esta ampliação, leva gradativamente também à algumas iniciativas de organização deste segmento populacional que, através de um movimento de lutas e reivindicações políticas, organiza-se através de um movimento denominado Comunidade dos Sofredores de Rua.

E, a partir deste movimento cria, em 1985, a Associação dos Catadores de Papel, Papelão e Materiais Reaproveitáveis em São Paulo, cujas reivindicações versavam lutar “contra a estigmatização do “profissional catador”, do reconhecimento da profissão, direito à Previdência Social e segurança no trabalho” (SILVA, 2006, p. 14). A partir desta iniciativa, ainda em 1985 os catadores organizados pela Comunidade dos Sofredores de Rua, lançaram mão de novas e mais fortalecidas estratégias de luta marchando “pelas principais ruas de São Paulo, exigindo o direito à circulação de carrinhos no centro da cidade” (SILVA, 2006, p. 14). Entretanto, ressalta Silva (2006, p. 14):

[...] somente quatro anos depois dessa primeira conquista é que em Maio de 1989, em São Paulo será criada a primeira cooperativa de reciclagem do Brasil, a Cooperativa dos Catadores Autônomos

de Papel, Aparas e Materiais Reaproveitáveis Ltda. (COOPAMARE).

Apesar de sua caminhada a passos lentos, dadas as dificuldades de organização vinculadas às situações precárias de vida e trabalho, as várias carências e a própria heterogeneidade deste grupo populacional. Ressalta-se a importância destes passos na ampliação gradativa do movimento de lutas e as conquistas destas, provenientes em várias cidades brasileiras conforme ressalta Silva (2006, p. 14):

[...] a organização e a perspectiva de geração de renda e autonomia que o trabalho desses profissionais traz consigo, motivam durante toda a década de 1990, a articulação e a ampliação do trabalho cooperativo em diversas cidades do Brasil. Nessa década surge a Associação dos Catadores de Papel, Papelão e Matérias Recicláveis (ASMARE) em Belo Horizonte, Brasil, uma das maiores cooperativas brasileiras e hoje a única a ter uma usina de reciclagem dirigida pelos próprios catadores.

Tal movimento contínuo de lutas desemboca em 2001 em nova conquista com a realização do 1º Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis na cidade de Brasília que propicia a elaboração do documento “Carta de Brasília: Pelo fim dos lixões: reciclagem feita pelos catadores: já!” (SILVA, 2006, p. 15). Desde então, os encontros entre os militantes dos diversos estados aumentaram e passaram a ser anuais. O que levou a ampliação das conquistas sendo a principal delas a instituição da Portaria nº 397, em 2002, que coloca a ocupação de Catador de Material Reciclável no Código Brasileiro de Ocupações (SILVA, 2006, p. 17). Já o Movimento Nacional de Luta e Defesa dos Direitos da População de Rua surge a partir das frentes de luta desta população contra a violência e em prol de políticas sociais que atendam às suas especificidades. Tais movimentos de luta foram suscitados pelos atos criminosos contra a população em situação de rua ocorridos em 2004, em especial a barbárie ocorrida na cidade de São Paulo, e que ficou conhecida como a chacina da “Praça da Sé”. Neste episódio lastimável, sete pessoas em situação de rua foram assassinadas.

Em termos legais, os avanços no que concerne as políticas sociais que compõe o tripé da Seguridade Social pode-se citar a alteração na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em 2005, através da Lei nº

11.258/05 que determina a inclusão da obrigatoriedade da formulação de programas de amparo à população em situação de rua. Esta determina que cabe ao poder público municipal a tarefa de:

Manter serviços e programas de atenção à população de rua, garantindo padrões básicos de dignidade e não-violência na concretização de mínimos sociais e dos direitos de cidadania a esse segmento social (BRASIL, 2008, p. 06).

Destaca-se ainda, a promulgação do Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006, que instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e a Portaria nº 381, de 12 de dezembro de 2006, do MDS. A finalidade do primeiro é elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua. E a finalidade da segunda é assegurar recursos do cofinanciamento federal para municípios com mais de 300.000 habitantes, visando apoio à oferta de serviços de acolhimento destinados ao atendimento à população em situação de rua. Com vistas a subsidiar tais ações, foi realizada a Primeira Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua em 71 municípios do país no intuito de traçar o perfil das pessoas nestas condições. E, com base nos resultados foi instituído o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua.

A Política referenciada se estrutura em dois eixos principais: o eixo da verticalidade federativa que une as ações municipais, estaduais e federais, que devem trabalhar em complementaridade para atender às demandas da população. E o eixo da interdisciplinaridade e intersetorialidade no atendimento à população em situação de rua (BRASIL, 2009). A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua pauta-se nos seguintes princípios norteadores:

I - Promoção e garantia da cidadania e dos direitos humanos; II - Respeito à dignidade do ser humano, sujeito de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais; III - Direito ao usufruto, permanência, acolhida e inserção na cidade; IV - Não-discriminação por motivo de gênero, orientação sexual, origem étnica ou social, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária e situação migratória; V - Supressão de todo

e qualquer ato violento e ação vexatória, inclusive os estigmas negativos e preconceitos sociais em relação à população em situação de rua (BRASIL, 2008, p. 14).

E nas seguintes diretrizes:

I - Implementação de políticas públicas nas esferas federal, estadual e municipal, estruturando as políticas de saúde, educação, assistência social, habitação, geração de renda e emprego, cultura e o sistema de garantia e promoção de direitos, entre outras, de forma intersetorial e transversal garantindo a estruturação de rede de proteção às pessoas em situação de rua; II - Complementaridade entre as políticas do Estado e as ações públicas não estatais de iniciativa da sociedade civil; III - Garantia do desenvolvimento democrático e de políticas públicas integradas para promoção das igualdades sociais, de gênero e de raça; IV - Incentivo à organização política da população em situação de rua e à participação em instâncias de controle social na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas, assegurando sua autonomia em relação ao Estado; V - Alocação de recursos nos Planos Plurianuais, Leis de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias Anuais para implementação das políticas públicas para a população em situação de rua; VI - Elaboração e divulgação de indicadores sociais, econômicos e culturais, sobre a população em situação de rua; VII - Sensibilização pública sobre a importância de mudança de paradigmas culturais concernentes aos direitos humanos, econômicos, sociais e culturais da população em situação de rua; VIII - Incentivo à formação e à capacitação de profissionais para atuação na rede de proteção às pessoas em situação de rua; além da promoção de ações educativas permanentes para a sociedade; IX - Ação intersetorial para o desenvolvimento de três eixos centrais: a garantia dos direitos; o resgate da autoestima e a reorganização dos projetos de vida (BRASIL, 2008, p. 15).

Com vistas a proporcionar as bases para concretude de tais princípios e diretrizes a Política supracitada prevê ações estratégicas nas áreas de direitos humanos, trabalho e emprego, desenvolvimento urbano/habitação, assistência social, educação, segurança alimentar e nutricional, cultura e saúde (BRASIL, 2008). Especificamente no âmbito da saúde a Política prevê dez ações estratégicas, são elas:

1. Garantia da atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua e adequação das ações e serviços existentes, assegurando a equidade e o acesso universal no âmbito do Sistema Único de Saúde, com dispositivos de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais;
2. Fortalecimento das ações de promoção à saúde, a atenção básica, com ênfase no Programa Saúde da Família sem Domicílio, incluindo prevenção e tratamento de doenças com alta incidência junto a essa população, como doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, problemas dermatológicos, entre outras;
3. Fortalecimento das ações de atenção à saúde mental das pessoas em situação de rua, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, facilitando a localização e o acesso aos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS I, II, III e AD);
4. Instituição de instâncias de organização da atenção à saúde para a população em situação de rua nas três esferas do SUS;
5. Inclusão no processo de educação permanente em saúde dos gestores e trabalhadores de saúde, destacando-se as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), agentes comunitários de saúde e operadores do Sistema Nacional de Ouvidoria, dos conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades da população em situação de rua;
6. Divulgação do canal de escuta do usuário: Sistema Nacional de Ouvidoria, Disque Saúde (0800611997), junto à população em situação de rua, bem como das demais instâncias de participação social;
7. Apoio às iniciativas de ações intersetoriais que viabilizem a instituição e manutenção de Casas de Apoio ou similares

voltadas para pessoas em situação de rua, em caso de alta hospitalar, para assegurar a continuidade do tratamento; 8. Incentivo à produção de conhecimento sobre a temática saúde desta população e aos mecanismos de informação e comunicação; 9. Apoio à participação nas instâncias de controle social do SUS e ao processo de mobilização junto aos movimentos sociais representantes dessa população; 10. Na seleção de agentes comunitários de saúde, considerar como um dos critérios a participação de moradores de rua e ex-moradores de rua (BRASIL, 2008, p. 16).

Pautados nos princípios, diretrizes e ações estratégicas apontados o Ministério da Saúde, instituiu em 2009 a Portaria nº 3.305 que prevê a criação do Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua. A este comitê é designada a tarefa de propor “ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde e colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do MS voltadas a esta população” (BRASIL, 2012, p.03). A partir desta iniciativa foi desenvolvido, em 2012, o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua que objetiva:

[...] garantir o acesso aos serviços de saúde, bem como a melhoria do nível de saúde dessa população, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia, orientação religiosa e orientação sexual; a redução de riscos à saúde, decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida (falta de higiene adequada, exposição a baixas temperaturas, alimentação inadequada ou insuficiente, sono irregular, exposição a intempéries, etc.) e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2012, p. 04).

Considerando a dificuldade de acesso da população em situação de rua à atenção à saúde, o plano supracitado propõe cinco eixos de intervenção cuja operacionalização fica a cargo das três esferas de gestão do SUS. Para cada eixo de intervenção são apresentadas ações e estratégias cuja operacionalização deve ser detalhada nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde e seus respectivos Contratos

Organizativos de Ação Pública (BRASIL, 2012, p. 05). Nesta direção, cabe destacar que os eixos contemplam ações e estratégias nos âmbitos da inclusão da população em situação de rua no escopo das redes de atenção à saúde; da promoção e vigilância em saúde; da educação permanente em saúde na abordagem da Saúde da população em situação de rua; do fortalecimento da participação e do controle social; e do monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população em situação de rua (BRASIL, 2012, p. 05).

Ressalta-se, portanto, a importância dos avanços em termos legais e a incitação à discussão a respeito da temática da população em situação de rua através de fóruns com a participação de representantes do Movimento Nacional da população em situação de rua. Além das contribuições teóricas das produções científicas em diferentes áreas do conhecimento que abordam o tema sob distintas perspectivas, bem como, a incitação ao debate no meio acadêmico.

Entretanto, percebe-se que o caminho a ser trilhado ainda é bastante longo no sentido de assegurar o acesso deste grupo populacional às políticas sociais, haja visto, a latência dos desafios à gestão, execução e avaliação destas, nos níveis nacional, estadual e municipal.

Parafraseando Prates et al. (2014, p. 06), pode-se afirmar que um dos principais desafios no que se refere às iniciativas públicas no âmbito do atendimento a esse segmento populacional diz respeito à própria complexidade da temática que exige a realização de intervenções a partir da articulação de diferentes políticas públicas de Estado. Ou seja, a intervenção exige a observância e materialização do princípio da integralidade, conforme preconizado pela Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua, o que, entretanto, apresenta-se ainda como um desafio:

Estudos acadêmicos que avaliam a relação da Política de Assistência Social com outras políticas em especial as de inserção produtiva, saúde e habitação, reiteram a dificuldade de efetivação desse atendimento de modo integrado, onerando serviços, retardando ou impedindo o progresso de processos de autonomização dos sujeitos e perdendo, com isso, alcance e efetividade (PRATES et al., 2014, p. 06).

Adorno (2011, p. 03) também ressalta essa dificuldade de articulação entre as diferentes políticas públicas, o que segundo o autor,

se constitui enquanto um dos dois objetivos considerados bastante “ambiciosos” da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Haja visto, que cada política pública opera “corporativamente dentro do Estado, com um histórico e processo próprios”, possuindo grande dificuldade de diálogo e articulação entre si.

Com relação ao outro objetivo “ambicioso” da Política Nacional supracitada, Adorno (2011, p. 03) destaca os “limites de implementação de uma política pública federal em um país de dimensão continental como o Brasil”. Nesta direção, mesmo tendo-se como referência uma Política Nacional que prevê princípios e diretrizes e pauta-se em um amplo debate e estudo aprofundado acerca do perfil e caracterização deste grupo populacional, tem-se na realidade, um país heterogêneo em termos culturais, sociais e econômicos. Onde a materialização da Política supracitada pode ou não ocorrer, pode apresentar maior ou menor efetividade em cada região, estado ou município, e, dependerá de uma série de variáveis que incluem recursos públicos, vontade política, características da demanda apresentada, capacitação dos profissionais envolvidos, entre outros.

Em suma, tem-se um grupo populacional heterogêneo, cuja atenção requer o diálogo entre as diferentes políticas públicas (saúde, educação, habitação, assistência social, etc.), em um país com características sócio demográficas, econômicas e culturais extremamente diversas. Ou seja, todos estes fatores precisariam se aliar e convergir para a mesma finalidade. O que se torna extremamente difícil, em meio a um contexto político e econômico em que há a tendência ao atendimento aos interesses do capital, em detrimento aos direitos sociais. Há ainda, um incentivo por parte do governo à focalização das políticas sociais que desemboca, por sua vez, na fragmentação dos serviços e, ainda, a segmentação entre as áreas do saber que os compõem.

Diante deste contexto, efetiva-se um quadro de grande dicotomia e desarticulação entre os serviços e programas sociais que deveriam, em tese, compor a chamada rede de proteção social prevista pela Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua. Sendo o conceito de “rede” sequer apropriado à realidade dos serviços e programas que atendem a este grupo populacional, tendo em vista, a escassa comunicação entre estes. Prates, Prates e Machado (2011) sintetizam estes desafios quando afirmam que:

Sem dúvida, a implementação de uma política nacional que articula ações em áreas e instâncias tão diversas e complexas é um avanço

significativo, mas um desafio que pressupõe o enfrentamento de muitas resistências. Contudo, sua legitimidade – especialmente porque pautada em estudos em que sujeitos usuários, movimentos sociais e especialistas foram escutados, tanto para a construção de um diagnóstico nacional como para a proposição de estratégias – amplia suas perspectivas de sucesso. Resta acompanhar atentamente a sua materialização, que dependerá não só da vontade política de governantes, o que pressupõe o investimento efetivo de recursos públicos, humanos e financeiros, mas também do compromisso dos operadores da política na superação de muitos limites, entre os quais se destacam a desarticulação histórica entre as políticas e a posição caudatária do social em relação ao econômico. Finalmente, ressalta-se como fundamental a capacidade de controle social da sociedade para que, nos diversos níveis de governo, a política possa ser efetivamente viabilizada, conforme o planejado, e aprimorada, a partir da prática concreta (PRATES; PRATES; MACHADO, 2011, p. 210).

Percebe-se, portanto, que a criação da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua foi um grande avanço, entretanto, em termos de concretização e materialização ainda perduram muitos desafios. Desafios relacionados a toda conjuntura política, social, econômica e cultural do País; às dificuldades de implementação das políticas sociais sob a forma de serviços; às dificuldades do estabelecimento do atendimento integral aos cidadãos por meio dos serviços; os limites dos serviços já existentes no que concerne ao atendimento às especificidades da população em situação de rua, e, o atraso em termos de criação de serviços especializados no atendimento a este segmento populacional.

Desafios estes, agravados ainda, pelo fato de que tendo sido a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua instituída via decreto, esta não possui a mesma força normativa de uma lei. E nessas condições, não permite a criação de sanções para o seu não cumprimento, dessa forma, a partir da instituição da Política supracitada vários municípios brasileiros já lançaram mão de leis municipais com vistas a assegurar os direitos sociais dessa população. Entretanto, a

ausência de uma lei federal que regulamente os direitos dessa população em âmbito nacional, ainda é um limite a ser enfrentado.

Cabe ainda ressaltar que além do limite supracitado, outra grande barreira ao acesso da população em situação de rua a direitos sociais é a própria concepção da sociedade que não favorece sua compreensão e não inclui estas pessoas na categoria de cidadãos. Nesta direção, faz-se importante atentar para o fato de que a sanção de uma lei e, seu cumprimento não são tomados pelo poder público como necessários e ou prioritários. E, desta forma, este segmento populacional permanece ainda na atualidade desprotegido em termos legais e relegado a esfera da culpabilização, enquanto sujeitos que perturbam a ordem das cidades, as sujam e denigrem. Nesta direção, as medidas, programas de atenção e serviços voltados ao atendimento à estas pessoas tendem a atuar em prol da “proteção” da ordem social e não como mecanismos que permitam o exercício da cidadania.

4 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

As entrevistas realizadas com pessoas em situação de rua possibilitaram a apreensão acerca de diferentes aspectos da realidade cotidiana desses indivíduos, bem como, de suas experiências, estratégias e expectativas quanto ao acesso à saúde. Nesta direção, ressalta-se que algumas informações tais como sexo, idade, situação trabalhista, entre outras foram consideradas relevantes no que concerne a aproximação com a realidade cotidiana e condições de vida e saúde destes sujeitos.

Nesta direção, tem-se que dos dez sujeitos entrevistados: oito são homens com idades entre 22 e 54 anos, conforme corrobora o Primeiro Censo Nacional e Pesquisa Amostral que constata a predominância de homens em idade produtiva em situação de rua. Destes, nove relataram exercer atividades laborativas sem vínculo empregatício formal. Com relação a nacionalidade todos os entrevistados são brasileiros, sendo que dois são naturais da cidade de São Paulo, um do Rio Grande do Sul, um do Paraná e os demais (seis) de Florianópolis.

Quanto aos vínculos familiares sete relatam vínculos rompidos, na medida em que, não mantém contato com familiares há muitos anos em decorrência de conflitos de ordem diversa; dois afirmam possuir vínculos familiares fragilizados estabelecendo contato telefônico e, ou realizando visitas a familiares esporadicamente; e um afirma não possuir mais familiares vivos.

Com relação as razões apresentadas pelos usuários sobre a fragilização e, ou rompimento dos vínculos familiares estas referem-se à situação de dependência química e ou etilismo; conflitos de ordem diversa relacionados a perda de emprego e capacidade de prover sua subsistência e de familiares, situações de adultério, situações de violência e, ou agressão, incompatibilidade de opiniões; divórcio; expectativa frustrada de estabelecimento de melhores condições de vida em Florianópolis.

Desta forma, tem-se que os oito sujeitos do sexo masculino entrevistados referem que acessam os serviços de emergência hospitalares quando necessitam de atendimento em saúde. Já as duas mulheres referiram nunca terem procurado serviços de emergência hospitalar, priorizando acesso a atendimento em saúde nas unidades básicas de saúde e nos serviços hospitalares de triagem obstétrica.

Os motivos elencados por ambas pela não procura de serviços de emergência relacionam-se a sentimentos de vergonha, medo de julgamentos de ordem moral por parte de funcionários e a ausência de demandas de ordem clínica de caráter emergencial.

Sendo que uma das entrevistadas relatou procura por serviços de saúde hospitalares nos períodos gestacionais⁷, em decorrência de sangramentos vaginais e em decorrência de abuso sexual. Já a outra relatou a procura por serviços de saúde hospitalares em decorrência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), situação de abuso sexual quando relaciona a procura com o fator de segurança, na medida em que temia estar sendo perseguida pelo agressor.

Quanto as motivações apresentadas pela procura dos serviços de emergência pelos homens entrevistados, são elencados motivos de ordem diversa, que conotam representações acerca da percepção de saúde que extrapolam o sentido biomédico. Seis dos sujeitos relatam já ter acessado serviços de emergência hospitalar através de procura por demanda espontânea e também referenciados através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Dentre os motivos elencados por estes, estão dores e ferimentos de ordem diversa, enjoos e náuseas, tuberculose, DSTs, descompensação de diabetes e cirrose.

Todos os entrevistados realizaram associações do quadro biológico apresentado no momento da procura pelo serviço de emergência à fatores de ordem social e psicológica relacionados por sua vez, a situação de rua. Ainda, atribuíram aos serviços de saúde interpretações que superam o atendimento médico e conotam expectativas de atendimento em saúde em sentido ampliado. E, sinalizaram a procura pelos serviços de emergência hospitalares como estratégia de acesso a outros serviços de saúde e de proteção social.

Neste interim, oito dos entrevistados afirmaram compreender suas dores e mal-estares físicos como decorrentes do modo de vida nas ruas e, ou agravadas por este. Através dos relatos foi possível constatar também que a procura pelo serviço de saúde está relacionada ao alívio das dores, mas também a amenização temporária da situação que a ocasiona e agrava.

O que remete a percepção de que cotidianamente são muitas as pessoas que procuram os serviços de emergência hospitalares e, enfrentam um verdadeiro “chá de cadeira” aguardando por atendimento. Cada qual com suas demandas concebidas por eles, como emergências e, nem sempre concebidas dessa forma por profissionais da saúde. Tal qual também ocorre com pessoas que se encontram em situação de rua, cuja

⁷ A entrevistada identificada na presente pesquisa com o nome fictício “Quitária” relatou ter dois filhos menores de idade que se encontram atualmente sob a guarda da avó materna, relatou ainda, três episódios de aborto, momentos estes, em que relata ter também acessado serviços de saúde hospitalares.

procura pelo serviço de emergência é recorrente, através de demanda espontânea ou referenciada.

E foi a percepção desta demanda que motivou o estudo proposto. Não apenas porque esses sujeitos procuram estes serviços, mas também pelas motivações que o levam a procurar. Bem como, pelas dificuldades que encontram ao acesso a saúde em decorrência da escassez de recursos, serviços e possibilidades concretas de acesso a direitos sociais por este segmento populacional.

O que por sua vez, implica na busca por uma aproximação que não se limita apenas a compreensão sobre o “estar em situação de rua” e ao acesso ou não à saúde, mas também leva ao questionamento acerca dos determinantes sociais que influenciaram direta ou indiretamente neste processo de “ida para as ruas”. Ou seja, para que se possa problematizar quais os fatores que influenciam em suas condições de saúde, bem como, suas possibilidades de acessar serviços de atenção à saúde, é preciso conhecer também a trajetória de vida destes sujeitos. E, nesta direção, procura-se a seguir, a partir dos relatos dos sujeitos entrevistados, identificar os fatores que foram determinantes no chamado processo de “saída para o mundo”.

4.1 DETERMINANTES SOCIAIS DA “SAÍDA PARA O MUNDO”

Conforme já exposto neste estudo, corrobora-se com as perspectivas de Silva (2009) e Tiene (2004) que evidenciam que homens e mulheres são levados à situação de rua pela “condição imposta pela sociedade de classes, organizada para defender a mercadoria e o mercado, e não a pessoa e a vida” (TIENE, 2004, p. 19).

Entretanto, tal qual as autoras supracitadas, chama-se atenção também às demais características que permeiam a chamada situação de rua, enquanto fenômeno social urbano complexo e multifacetado. Desta forma, considera-se importante salientar alguns aspectos essenciais para análise de tal fenômeno levando-se em consideração que a inserção privada de sujeitos ao espaço público das ruas em primeiro lugar, “não acontece repentinamente” (TIENE, 2004, p. 19) e é permeada por “múltiplas determinações” (SILVA, 2009, p. 105).

Nesta direção, segundo Silva (2009, p. 106) o fenômeno social da população em situação de rua constitui-se enquanto “uma expressão radical da questão social na contemporaneidade” cujas causas estruturais relacionam-se diretamente ao modelo capitalista de sociedade, que se baseia na “acumulação do capital, no contexto de produção de superpopulação relativa ou exército industrial de reserva, excedente à

capacidade de absorção do mercado de trabalho” (SILVA, 2009, p. 106). Entretanto, conforme a autora, este constitui-se apenas como um dos seis aspectos característicos do fenômeno considerados por ela, para fins de análise.

Tais aspectos levantados por Silva (2009) foram relatados por Fraga (2011) em pesquisa anterior e dizem respeito ao fato da população em situação de rua:

1) possuir múltiplas determinações; 2) constituir-se como uma expressão da questão social; 3) estar localizado nos centros urbanos; 4) ser alvo de preconceito; 5) apresentar particularidades relacionadas ao território; e 6) ser um fenômeno naturalizado (FRAGA, 2011, p. 28).

Com relação ao primeiro aspecto, ou seja, as múltiplas determinações do fenômeno, Silva (2009, p. 105) destaca que dentre os principais motivos determinantes para a chamada “ida para a rua” estão:

A ausência de moradia, de trabalho e ou de renda, entre outros; b) fatores biográficos relacionados à história de vida dos indivíduos que podem perpassar questões tais como, rompimento ou fragilização dos vínculos familiares, envolvimento com álcool e outras drogas, entre outros; c) Fatos da natureza e ou desastres em massa como terremotos, inundações, entre outros, que fazem com que o indivíduo perca sua casa, seus pertences e por vezes até mesmo sua família e se estabeleça em situação de rua (SILVA, 2009 apud FRAGA, 2011, p. 29).

Sendo que “estes fatores podem estar encadeados e inter-relacionados, ou seja, um pode ser causa ou consequência do outro” (FRAGA, 2011, p. 29). As múltiplas determinações da “ida para as ruas” são também cuidadosamente analisadas por Nasser (2001) que, a partir das falas dos entrevistados de sua pesquisa procura identificar os motivos daquilo que, os próprios, denominam como o “sair para o mundo”. De acordo com a autora, este chamado “sair para o mundo” representa “simultaneamente a ruptura das relações familiares e a possibilidade de inserção em relações formais e regulares de trabalho” (NASSER, 2001, p. 146). Isso porque ao sair de casa “para o mundo” estas pessoas

buscaram “iniciar sua vida de trabalhadores independentes do grupo doméstico, dissociados da família como unidade de produção, rendimento e consumo” (NASSER, 2001, p. 163). Entretanto, muitos, nesta tentativa, dadas as condições impostas pela forma de estruturação macrossocial acabam por se perder “no caminho dessa busca. Comprometendo, sobretudo por causa do alcoolismo, seus vínculos familiares e sua identidade como trabalhadores” (NASSER, 2001, p. 163).

Ainda com relação a análise dos determinantes sociais da chamada “saída para o mundo” busca-se também tomar como base para análise os dados obtidos pela Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua desenvolvida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) em 2008. Tal pesquisa teve como público alvo pessoas a partir de 18 anos, residentes em 48 municípios com mais de 300 mil habitantes e mais 23 capitais, independentemente de seu porte populacional (BRASIL, 2008). Onde foram identificadas cerca de 31.922 pessoas em situação de rua (BRASIL, 2008). Cabe ressaltar, porém, que a pesquisa desenvolvida não abarcou a todas as cidades do Brasil e, portanto, o número supracitado não contabiliza-se aos resultados obtidos por pesquisas desenvolvidas anteriormente em São Paulo no ano de 2003 onde foram identificadas 10.399 pessoas em situação de rua; Belo Horizonte no ano de 2005 onde foram identificadas 1.164 pessoas em situação de rua, neste caso contabilizando também crianças e adolescentes; Recife em 2005 onde foram identificadas 1.390 pessoas em situação de rua, também incluindo crianças e adolescentes e; Porto Alegre em 2007 com um levantamento de aproximadamente 1.203 pessoas em situação de rua (BRASIL, 2008).

De acordo com os dados levantados pela Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (2008) no que concerne aos determinantes sociais da “ida para as ruas” o maior índice, cerca de 35,5%, afirmam que passaram a viver e morar na rua em decorrência de problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas. Outros 29,8% identificam a situação de rua como determinada pela situação de desemprego. E outros 29,1% por desavenças com pai/mãe/irmãos, sendo que 71,3% do total de entrevistados pela pesquisa citaram pelo menos um dos três motivos elencados.

Também com relação aos determinantes sociais da chamada “saída para o mundo” os autores Ferreira e Machado (2007) procuram subdividi-los em quatro grandes grupos que podem aparecer de forma isolada ou combinada:

1. Experiências de violências;
2. Uso e abuso de drogas;
3. Desemprego;
4. Problemas de saúde.

Para os autores, estes quatro grupos não são capazes de abarcar necessariamente a todas situações, bem como, não devem ser encarados como determinantes absolutos e únicos, entretanto, acreditam que de forma isolada ou combinada estes podem contribuir para a intensificação de processos de exclusão social. O que também, faz-se importante destacar, é que esta classificação não significa que haja possibilidade de generalizações, ou seja, que em todos os casos, tais fatores motivem sujeitos ao processo de “ida para a rua”.

Ainda para Ferreira e Machado (2007), os determinantes elencados nos quatro grupos supracitados incidem sobre a fragilização ou rompimento de vínculos familiares, que por sua vez intensificam as saídas de casa e, que podem levar a situação de rua.

Dos determinantes sociais destacados pelos autores pesquisados (Silva, 2009; Tiene, 2004; Nasser, 2001; e Ferreira e Machado, 2007) e pela Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (2008) listam-se sistematicamente para fins de análise, portanto:

1. Ausência de moradia;
2. Ausência de trabalho e renda (desemprego);
3. Rompimento ou fragilização de vínculos familiares;
4. Envolvimento com álcool e outras drogas;
5. Fatos da natureza e/ou desastres em massa;
6. Experiências de violência;
7. Problemas de saúde.

O abandono do espaço doméstico e da família através da chamada “saída para o mundo”, permeado e motivado por múltiplos fatores determinantes, alinhavados por entre o emaranhado de relações sociais cotidianas, aparece nos relatos dos entrevistados da presente pesquisa. Ao contarem um pouco sobre suas histórias de vida e os motivos pelos quais “saíram para o mundo”, os entrevistados vão tecendo fios condutores de análise, que permitem a busca pela compreensão das teias relacionais complexas que formam suas jornadas. E, permitem uma aproximação com a realidade desses sujeitos cuja situação em que se encontram, a do “estar na rua”, não foi necessariamente uma escolha e não ocorreu de forma repentina, mas sim, enquanto consequência de um processo

histórico e social. Com vistas ao levantamento de categorias de análise que permitam a explanação acerca da temática, os relatos dos entrevistados acerca do que consideram ter sido determinante para o processo de “saída para o mundo” serão expostos a seguir:

ENTREVISTADO 1: Quincas, 50 anos de idade, homem de pele e olhos claros, com tom de voz sereno relata o momento da “saída para o mundo” como sendo sua única opção em um determinado momento em que, após sucessivas perdas, viu-se desprovido de meios para manutenção de sua subsistência e de seus familiares. A esse conjunto emaranhado de sucessivas perdas (...) atribui o nome de “desgraceira”. Essa “desgraceira”, teve início, segundo ele, após o nascimento de seu quinto filho:

“O menino nasceu doente e precisava de remédio e comida especial era caro, precisamos ir pra São Paulo atrás de tratamento, aí a gente vendeu tudo que tinha, que era só os móveis de dentro de casa mesmo, a casa era alugada e deixamos ela. Lá em São Paulo a mulher ficava com o pequeno no Hospital dia e noite eu cuidava dos outros quatro na casa da irmã dela que morava lá, arrumei trabalho numa obra, sou pedreiro, trabalho na construção civil, trabalhava por dia, dava duro debaixo de sol. Aí me acidentei na obra e não podia mais trabalhar, quebrei os dois braços fiquei sem emprego, um inútil. Meu pequeno morreu lá no hospital e eu não tinha dinheiro pra dá de comê aos outros, dois já tavam adoentados também, era fraqueza, voltei a beber, tenho problema com álcool, é um gole que eu dei e já voltou tudo sabe? Sentimento ruim, não conseguia parar, me sentia um merda. Aí a irmã da minha mulher falou pra ela: tu quer ficá tu fica, eu te ajudo, mas só se esse cara for embora. Perdi a mulhé e os filho porque ela dizia que não queria bebum dando mau exemplo pros filho dela. Fui lá pra Cerquilhos em São Paulo consegui um lugar pra morar, mas aí também perdi, não consegui trabalhar porque bebia. Aí voltei pra cá pra trabalhá com um amigo na construção civil, comia e dormia lá no galpão da obra, ficava sem beber, queria me endireitar, a obra acabou e eu tinha juntado um dinheiro bom, aí esse amigo me chamou pra fazê um negócio com ele, falou pra nós comprá uma Fiorino, botá ferramenta e começá a trabalhá de limpeza de terreno, ele falou que tinha já a máquina de cortá grama e que a gente botava as coisa no carro e ia nas casa limpá, falou que era fácil e que dava uma grana alta. Tava morando com ele no quarto de pensão que ele tinha alugado, fomos na loja e eu dei todo meu dinheiro no carro e o meu amigo completou, compramos. Só sei que o cara foi se embora com o carro,

nunca mais vi, e ainda me deixô com o aluguel do quarto sem pagá e eu fui despejado, com uma mão na frente e a outra atrás. Perdi tudo e aí que eu vim pra rua”.

Os sentimentos de humilhação e culpa, segundo o relato do entrevistado o impedem de procurar a família, sendo que a única possibilidade de que isso aconteça, segundo ele, seria mediante a reconquista da independência financeira:

“É humilhante né? Não vô mais atrás deles, agora eles não têm mais que tê respeito por mim né? Eu tô no chão, me sinto humilhado, mas quem perdeu não fui só eu né, eles perderam mais ainda e aí me dá é culpa” (Quincas). E aí pra voltar agora só depois que eu reconstruir tudo que eu tinha e mostrar pra ela (referindo-se a ex-esposa) que eu posso dar a volta por cima” (Quincas).

ENTREVISTADO 2: Negro Pastinha, 25 anos de idade, cabelos pretos, pele morena queimada de sol e olhar distante, permanece olhando para o lado oposto ao que estou, evita me encarar durante a entrevista. Sobre os motivos que o levaram a “saída para o mundo” conta que ao longo de sua vida a convivência com o sentimento de exclusão social o deixava insatisfeito, insatisfação esta, compensada segundo ele, pelo uso de drogas:

“É por um monte de coisa né, tem tanta coisa que acontece de ruim na vida da gente, é muita pobreza, muita fome é ver os outros tendo tudo e tu sempre ferrado. É vê os carrão, as loja, as coisa boa e não tê dinheiro pra nada, é vê a tua mãe a vida toda passando necessidade pra te criar. Aí eu usava droga pra esquecê, porque daí muito doido eu podia fingir que a vida é boa, mas aí o que me fez sair de casa mesmo foi o crack, eu já bebi na vida, já usei de droga de tudo um pouco mas o crack me dominô, e hoje eu sô escravo dele. O crack é diferente de tudo, não sei nem como te explica, dá um tesão, uma coisa doida, boa demais. Aí rapidinho já passa e te dá um ruim, parece que toda minha vida, só as coisa ruim, me vêm na cabeça e aí eu vô atrás de mais pra sair desse ruim”.

Negro Pastinha conta que desde sua saída de casa há cerca de dois meses não mantém contato com a mãe, pois antes de sair de casa teve uma discussão séria com ela, em decorrência do uso de drogas e da tentativa de furtar objetos de casa para vender com o objetivo de comprar crack. Este, segundo ele, é o motivo pelo qual sente-se culpado e envergonhado evitando, ao menos temporariamente restabelecer os vínculos familiares com a mãe.

ENTREVISTADO 3: Cabo Martim, 48 anos de idade, o desemprego aliado ao uso do álcool e a consequente perda do papel de provedor são apontados por ele, como fatores motivacionais da “ida para as ruas”:

“Eu sempre bebi, desde que me conheço por gente é que eu bebia é uma coisa que a gente já aprende com o pai. Beber era diversão né, alívio, tomar aquela cervejinha com os amigos, depois de um futebolzinho é bom demais. Mas depois foi aumentando, já não era mais só com os outro que eu bebia, comecei a beber sozinho, aí de repente, quando eu vi tava bebendo mais. Aí a briga já comia solta, queria ficar sozinho, a pinga importava mais que tudo já”.

Cabo Martim se emociona bastante ao contar sua história e durante o relato faz várias pausas, onde olha para o céu e estende os braços como que pedindo alguma resposta divina à sua situação. Seu relato a certa altura fica bastante confuso e passado e presente se embaralham referenciando sentimentos de culpa, vergonha e arrependimento:

“Eu não queria sabe? Não queria que a minha vida fosse assim porque eu sei que fiz mal pra eles. Quando o home larga a casa não é só ele que perde, todo mundo que dependia dele perde também, claro que era melhor se eu tivesse conseguido ficar lá e manter eles tudo, saber disso é que me endoida, me faz sentir um bosta. Eu tenho vergonha de ser eu”.

O entrevistado conta que deixou a família e estabeleceu moradia nas ruas há cerca de cinco anos e que desde então não procurou contatar a esposa e os três filhos (únicos familiares aos quais faz menção durante a entrevista):

“Não procurei mais eles, foi a mulhé que me fez sair de casa eu já não prestava mais pra sustentar né?! Quando o home se sente humilhado ele tem mais é que ir embora mesmo. Se der tempo um dia eu queria voltar sim, mas só se eu tiver melhor de vida”.

ENTREVISTADO 4: Curió, rapaz jovem, de 22 anos de idade, muito ágil e ativo, se movimenta pra lá e pra cá enquanto conta sua história: *“Vim pra cá faz pouco tempo, nem sei mais quanto, que dia é hoje? ”.*

Curió é natural do Paraná e veio para Florianópolis com amigos em busca de melhores oportunidades de trabalho que oportunizassem a manutenção de sua subsistência e consequente independência financeira:

“Isso aqui é o paraíso, tava sonhando vim pra cá aprender a pegar onda e viver pertinho desses marzão, pensei de vim pra cá e trabalha de garçom, lá na minha casa já não dava mais não. Lá eu moro

com a minha vó ela é velha, já não pensa mais como eu, ela tem muito medo de tudo ta ligado? Mas aí foi que eu vim pra cá e até agora não arrumei trabalho, uns amigo meu que vieram comigo arrumaram, mas eu acho que não serve pra mim, eu sô mais da brisa. Quando vim pra cá só fumava uns baseadinho e aí a minha vó já achava ruim, enchia meu saco o tempo todo já não dava mais pra morar com ela sabe? Imagina se ela visse agora que tô no crack! É eu fui embora por causa de que as nossas opiniões não batiam por causa da droga, queria me sustentar pra não dever nada pra ninguém ta ligado? Mas tomei uma ré e agora vou ter que pedir arrego pra ela pra me ajudar a voltar pra lá porque aqui não dá mais pra ficar não. Por que esse crack é foda irmã, usô uma vez, tais ferrado, não tem arrego, fumo viciou”.

Com relação ao crack e seus efeitos degenerativos Curió ressalta que:

“O que que eu posso dizê... é uma merda! Eu me sinto um lixo, um guri novo né (risos). Já acho que não vô mais servi pra nada na vida. Antes de ontem mesmo me deu uma diarreia que eu achei que ia morrer. Aí ontem e hoje eu tô de cara (não está sob o efeito da droga), por enquanto tô de boa, mas o ruim é que assim eu consigo me ver, tava me olhando na vitrine da loja, daí que eu vi que tô todo estragado” (Curió).

ENTREVISTADO 5: Mestre Manuel de 40 anos de idade conta que abandonou a casa e a família depois de ficar desempregado:

“Trabalhava em obra grande de pedreiro, eu que mandava, sou bom pedreiro, sei tudo de obra. Mas aí fui trabalhá numa obra lá em São Paulo, levei a mulhé, a filha, gato, cachorro e papagaio (risos). Chegô lá a mulhé já logo conseguiu emprego a filha já é grande tem 16 anos, hoje em dia já trabalha também em casa de família. Eu tinha muito ciúme da mulhé trabalhando, aquilo me incomodava, mas por demais, comecei a botá um monte de caraminhola na cabeça sabe?

Mestre Manuel faz uma pausa em seu relato, acende um cigarro e olha para os pés descalços no chão, esfregas os pés um no outro e após um suspiro profundo continua:

“Comecei a beber pinga sem parar, a mulhé chegava em casa eu já tava puto, tudo eu achava que ela tava com otros home, eu achava que era corno. Falava o trabalho pra ir atras dela, umas vezes eu cai de bêbado na rua fazendo isso. Aí perdi o emprego né, já não era sem tempo. Aí minha filha, a mulhé me dexô né! Eu só servia enquanto era pra sustentar não é mesmo? Depois que a mulhé passou a sê virar sozinha ela me dexô. Com razão mesmo. A culpa foi minha eu que não soube segura as ponta da casa. Bebia em casa no churrasquinho de

domingo com a família, eh coisa boa, tempo bom, mas eu não soube como manter e aí virei esse caco aqui. Aí eu vim pra cá pra Floripa faz uns dois dia, tô tentando ver se me endireito aqui pra poder voltar pra lá e vê se ela me quer de volta”.

ENTREVISTADO 6: Pé de Vento 26 anos de idade, pele negra e dreads nos cabelos relatou que após sucessivos desentendimentos com familiares, dos quais cita a avó, a mãe e o padrasto abandonou sua casa em busca de sua independência financeira:

“Já uso maconha desde novinho, a minha família nunca aceitou e aí sempre me pegaram o pé com isso, mas eu ia pra escola, fazia tudo bem certinho, daí quando eu perdi o meu pai eu fiquei meio pirado. Usei crack pela primeira vez em 2004, nunca vô esquecer, fiquei muito doido, foi massa, eu trabalhava dava todo dinheiro pra minha mãe. Mas aí um maluco de um vizinho foi lá em casa contô pra mãe do crack e aí já veio ela e a vó pra cima de mim me encheram o saco, aí o meu padrasto já chegô em casa também e veio pra me bater com um pau, aquilo dali foi a gota d’água, fui embora”.

Segundo Pé de Vento:

“Não dá pra ficar em casa e ser usuário. Não dá mesmo! (Nesse momento arregala os olhos e para por um instante olhando para mim com expressão séria). A briga é direto e aí se ficá é pior porque com a cabeça cheia de crack, tu só pensa naquilo cara, não tem jeito, aí tu fica possuído mesmo, aí na hora da briga tu perde a cabeça mesmo. Pra não machuca ninguém é melhor sair de perto”.

Apesar dessa colocação que parece denotar um certo medo acerca de suas próprias atitudes quando tomado pela necessidade de obtenção e uso da droga, Pé de Vento relata que entende que as cobranças por parte dos familiares para que parasse com o uso de drogas eram para seu bem, segundo ele, “sentia que eles me amavam e por isso faziam isso daí”. Relata que hoje não retorna à casa de sua família e, não a procura nem mesmo através de contatos telefônicos em decorrência do sentimento de vergonha e baixa autoestima:

“Não vô mais atrás deles não, e se eles vêm atrás de mim eu me escondo, tenho vergonha de mostrar como é que eu tô, só vejo eles de novo o dia que tiver um emprego certo e uma casa pra morar que foi o que eu saí pra fazê. Mas o crack é foda... Primero tu prova, aí tu só quer mais e mais e mais e mais... A tua vida começa a girar em torno daquilo ali, por isso mesmo que tem casquero por aí que rouba, que pede, que faz de tudo. Aí tu já esqueces o banho, os dentes vão apodrecendo, esquece até de comer, aí já vem a doença, tu já viras um sei lá o que,

porque gente é que tu já não é mais. Daí se tu já tava na merda antes, sem emprego, daí mesmo que tu não vai conseguir”.

ENTREVISTADO 7: Cazuya 24 anos de idade, relata que o principal motivo de sua saída de casa foram os desentendimentos com os pais em decorrência de sua contaminação pela tuberculose:

“Meus pais me botaram pra fora de casa quando descobriram que eu tava com tuberculose. Eles são crentes, pra eles se eu tô com isso aí é porque Deus quer é porque eu mereço porque sô um casqueiro e isso aí eles não aceitam. Porque eles falaram que era o que faltava mesmo era é eu pegar a peste e ir pra dentro de casa passar pra eles também. Mas não fumando crack que eu peguei isso daí. Nessa época eu nem sabia o que era crack”.

Segundo o relato de Cazuya, sua saída de casa não esteve relacionada à dependência química, pois, afirma que aos 17 anos quando saiu de casa ainda não fazia uso de drogas e que, o contato com estas, e em especial, com o crack, se deu logo em seus primeiros dias em situação de rua:

“Eu era só um menininho, não tava ligado que ia viciar assim. Depois que me botaram pra fora fiquei na rua, aí já no segundo dia já tinham me roubado tudo que eu tinha levado comigo, já tinham me dado uns tapa e quando eu vi já tava com o cachimbo na boca do lado de uma puta. Eu não me lembro direito como foi tudo assim certinho que foi acontecendo, sei que já fui várias vezes lá vê os meus pais, falei com eles e tal, eles já me ajudaram. Mas agora eu já não vô mais, já peguei tuberculose umas quantas vezes já de novo, nem sei se um dia me curei, mas agora eu entendo eles, é muito ridículo mesmo tê tuberculose. Não vô mais falar com eles até eu me curar e ficar cem por cento! (Tosse) mas como tu ta vendo ainda não é o caso..., mas também tenho vergonha de ir no médico só por causa disso aqui, eu já sei que a culpa é minha. ”

ENTREVISTADO 8: Eduardo 32 anos de idade, aparenta ser mais velho, a pele branca do rosto apresenta algumas rugas e cicatrizes. Relata que sua história de vida esteve sempre relacionada ao alcoolismo, refere duas internações em comunidades terapêuticas para tratamento do vício. Afirma que o desemprego e o álcool o motivaram a sair de casa que após um tempo residindo na casa de um amigo teve como única opção a moradia na rua:

“Primero eu bebia em casa, mas aí comecei a beber mais, aí eu já não bebia em casa, porque já falavam que eu mudava, ficava

estranho, aí eu ia pro boteco e de preferência um boteco longe pra ninguém me achá. E aí de boteco em boteco eu perdi tudinho, perdi até eu mesmo. Eu tinha um comércio de peça de moto, ia bem, e ainda fazia bicos arrumando moto na garagem da minha casa, eu tenho uma casa boa. Agora ficou tudo pra minha esposa, ela merece! Fiquei um tempão morando na casa de um brother, gente finíssima, mas ele foi embora pro Canadá, ele é surfista, daí eu fui pra rua, ainda tava desempregado”.

Eduardo relatou que não tem filhos e que saiu de casa há cerca de seis anos, época em que era recém-casado:

“Tinha casado fazia o quê uns seis meses só, tudo que eu tenho herdei do meu pai, casa, carro, a loja, tudo, tive tudo de mão beijada, e pra não botá tudo fora eu fui embora. Já tava desempregado porque só a loja não dava conta de mantê a gente e os bicos eu já não fazia mais por causa da cachaça. Hoje a minha mãe mora lá com a minha esposa e elas tão indo muito bem, mas eu já não falo mais com elas, porque eu magoei muito elas antes de ir embora, a gente brigô muito”.

ENTREVISTADA 9: Quitária, morena de pele e cabelos, olhos fundos e corpo emagrecido, expressa em seu semblante e palavras as dores que carrega. Tem vinte e oito anos de idade, e relata ser natural do município de Florianópolis. Em seu relato conta que não conheceu seu pai, na infância morava com a mãe e um irmão mais novo, sendo que, a ela cabiam as funções domésticas enquanto a mãe trabalhava em casa de família e o irmão vendia doces nas sinaleiras. Presa a casa e às tarefas domésticas diárias Quitária relata que passava a se questionar pela primeira vez sobre a liberdade e o fato de ser mulher:

“Tinha inveja do meu irmão porque ele ia pra rua, precisava trazer dinheiro pra casa, mas pelo menos vivia lá fora, via o mundo, e o trabalho dele podia ser diferente todo dia, podia vender em lugar diferente, ver gente diferente. Minha mãe já não, coitada, era como eu tava presa no trabalho, não tinha tempo nem pra pensar”.

A situação de pobreza e a necessidade de colaborar com sua mãe para a manutenção da subsistência, auxiliando-a dia-a-dia nos afazeres domésticos, aliada a sensação de confinamento que sentia, faziam com Quitária se questionasse ainda mais sobre a relação da mãe com o irmão e a levaram a conflitos com ambos e a saída de casa:

“Era uma pobreza, uma miséria que a gente vivia, a minha mãe tinha que dar duro pra criar a gente, eu sempre entendi isso, eu sabia que eu e meu irmão tinha que ajudar e não dava pra ficá dando bobeira por aí como os outros. Mas mesmo assim, o que eu achava ruim mesmo

era ele podê tá na rua, já trabalhando fora! E quando voltava não podia fazer mais nada né, porque tava cansado, enquanto eu ficava lá trabalhando o dia todo dentro daquela casa, presa, sem ver ninguém. Daí a gente, eu, meu irmão e minha mãe brigamos e eu decidi que eu ia embora peguei minhas troxa e fui, tô na tua desdaí”.

Quitária afirma que desde então não procurou mais os familiares e que tenta “se virar” como pode para manter sua subsistência na rua e conviver com as rotulações pejorativas que enfrenta cotidianamente:

“Eu não quero tê dono, nem paradeiro, não quero mais voltá pra casa por isso eu me viro como posso, minha mãe já acha que eu sô vagabunda, todo mundo acha isso né, todo dia eu escuto isso. Qué ver com os homens aqui da rua, tá doido! É como se eu tivesse que ser de alguém, sabe? Tô na rua os home já vem tudo querendo se esfregá, na imaginação deles, eu tô lá porque tô sem dono e aí eles podem chegá e pegá.

ENTREVISTADA 10: Otacília 26 anos de idade, cabelos e olhos castanhos, no momento da entrevista encontrava-se bastante emagrecida. Em seu relato conta que na infância foi vítima de violência doméstica, durante seu relato faz algumas pausas e se emociona bastante:

“Quando nasci fui abandonada a família que me adotou... me adotou quando ja era maiorzinha, não queriam uma filha e sim uma empregada... cresci sem amor (pausa...choro...) eles tiveram outro filho. Meu irmão ganhava amor, era homem ele tinha tudo. Minha mãe nunca me pegou no colo, nunca me abraçou... eles mal me olhavam na cara... eu cuidava da casa, fazia comida e era ameaçada pra não contar”. Eu me sentia fraca, impotente, um nada. Daí quando deu fui embora”.

Otacília conta que ao sair da casa de seus pais adotivos passou a fazer das ruas seu local de moradia e subsistência, conta que inicialmente, a tarefa de morar na rua lhe pareceu uma possibilidade viável, entretanto, assim que passou a fazer uso do crack essa realidade se modificou:

“Não achava a rua tão ruim assim não, ali eu tava bem mais livre mas aí veio esse fardo, esse castigo, essa desgraça que se soubesse nunca tinha botado na minha boca, esse crack que só me faz é sofrê mais. Quando tu usa a pedra, primeiro porque é mais barato e quando tu usa é bom demais, daí ela termina e tu fica como doido tentando conseguir mais, fica igual zumbi, tu já não pensa mais em nada só quer dar um jeito, qualquer jeito, de usar mais, senão vai dando tristeza.

Otacília conta que logo que “saiu para o mundo” sentia-se bonita, entretanto, após o vício sente-se desprovida de autoestima e compelida a

atos dos quais sente nojo e aversão, na medida em que, sente suas consequências físicas e emocionais:

“Sabe eu já fui bonita... não parece... eu sei... agora sou um monstro, só tenho ossos e cabelo. Minha cabeça já também não anda boa não... esqueço das coisas... e quando acordo de manhã as vezes nem sei onde tô. Um dia acordei embaixo da ponte com a roupa rasgada, toda doída e com um preservativo dentro de mim (pausa...) eu nem sei o que me fizeram (choro...) Mas já desapeguei”. Transar por grana mesmo e sem camisinha, sem nada, muitas vezes eu fiz precisava de dinheiro pra comprar a droga, mas sentia nojo, eu que era sempre tão limpinha até me lavava depois de mijar... (pausa... choro...). Veio Aids, veio filhos... muitas vezes veio surra, já me usaram, me bateram e não me pagaram”.

Depois de muito sofrer nas ruas com as situações de violência e degradação de sua saúde física e emocional, Otacília procurou reatar os vínculos familiares, entretanto, novamente tais vínculos foram fragilizados em decorrência da dependência química e há aproximadamente uma semana a entrevistada encontra-se novamente em situação de rua:

“Usando crack, não dá pra ficar morando numa casa não, todos que eu conheço saíram de casa por causa do crack. Pensa só quem é que vai aturar um casqueiro dentro de casa... além disso a correria pra conseguir (o crack) é tempo todo, o viciado não faz mais nada da vida, só faz pra conseguir (o crack) na hora que acaba. Aí olha vô te dizer que eles até tentaram me ajudar, passei uns dias lá e eles me receberam de boa, mas aí acabamos discutindo e eu saí de novo, mas também não dá pra cobrar deles né, coitados. Eu já não era mais parte daquilo ali né? Eu só morava com eles mas não tava mais ali de verdade. Eles já não podiam mais contar comigo, nem eu com eles, porque se tu não ajuda também não dá pra cobrar que fiquem sempre te levando nas costa né? Era só a droga que eu queria, só ficava nas correrias na rua já não lavava mais um copo dentro de casa”.

O quadro a seguir busca facilitar a exposição dos determinantes sociais elencados pelos entrevistados no que concerne ao processo de “ida para as ruas”:

Quadro 1 – Determinantes sociais da situação de rua

ENTREVISTADO 1	DETERMINANTES SOCIAIS
Quincas	Etilismo
	Fragilização de vínculos familiares
	Perda do papel de provedor
	Desemprego
ENTREVISTADO 2	DETERMINANTES SOCIAIS
Negro Pastinha	Dependência química
	Fragilização de vínculos familiares
ENTREVISTADO 3	DETERMINANTES SOCIAIS
Cabo Martim	Etilismo
	Fragilização de vínculos familiares
	Perda do papel de provedor
	Desemprego
ENTREVISTADO 4	DETERMINANTES SOCIAIS
Curió	Dependência química
	Fragilização de vínculos familiares
ENTREVISTADO 5	DETERMINANTES SOCIAIS
Mestre Manuel	Etilismo
	Fragilização de vínculos familiares
	Perda do papel de provedor
	Desemprego

ENTREVISTADO 6	DETERMINANTES SOCIAIS
Pé de Vento	Dependência química Fragilização de vínculos familiares
ENTREVISTADO 7	DETERMINANTES SOCIAIS
Cazuza	Dependência química Fragilização de vínculos familiares Preconceito com relação a doença
ENTREVISTADO 8	DETERMINANTES SOCIAIS
Eduardo	Etilismo Fragilização de vínculos familiares Desemprego
ENTREVISTADA 9	DETERMINANTES SOCIAIS
Quitária	Situação de violência doméstica Fragilização de vínculos familiares Busca por maior liberdade e novas formas de sociabilidade
ENTREVISTADA 10	DETERMINANTES SOCIAIS
Otacília	Fragilização dos vínculos familiares Dependência química

Fonte: Entrevistas realizadas pela pesquisadora.

Os determinantes sociais da chamada “saída para o mundo” expostos nos relatos e o número de entrevistados que expôs cada um deles como determinante relacionado ou motivador direto do processo de “saída para o mundo” estão dispostos sistematicamente na tabela a seguir:

Tabela 1 – Número de entrevistados por fator motivacional da situação de rua

Determinantes sociais	Nº de entrevistados
Dependência química	5
Fragilização de vínculos familiares	10
Busca por liberdade	1
Situação de violência doméstica	1
Etilismo	4
Perda do papel de provedor	3
Desemprego	4
Preconceito com relação a doença	1

Fonte: Entrevistas realizadas pela pesquisadora.

Com vistas a incitar a discussão acerca da temática, procura-se a seguir problematizar cada um dos determinantes sociais elencados pelos entrevistados e, que, segundo estes, influenciou no movimento de “saída para o mundo”. Entretanto, chama-se atenção para o fato de que tal separação de assuntos possui apenas a finalidade didática de exposição de forma a facilitar a análise. Na medida em que, parte-se da compreensão de que tais categorias se envolvem e ressignificam umas a partir das outras e englobam uma série de relações sociais complexas que compõem histórias de vida de cada um dos entrevistados permeadas pelas singularidades de cada situação vivenciada.

Ressalta-se novamente que estes determinantes relacionados ao chamado movimento de “saída para o mundo” não devem ser tomados como formas de generalizações, bem como únicos, correndo-se o risco de compactuar-se com a criação de estereótipos e padrões de pessoas que “tendem” à situação de rua, o que certamente, seria equivocado.

No intuito de aprofundar a discussão proposta acerca dos determinantes sociais da chamada “saída para o mundo”, buscou-se traduzir os principais fatores apontados pelos entrevistados (fragilização dos vínculos familiares, busca por liberdade, situação de violência doméstica, etilismo, perda do papel de provedor, desemprego e preconceito com relação a doenças) sob a luz da construção de algumas categorias de análise. Desta forma, busca-se primeiramente problematizar a questão da fragilização dos vínculos familiares a partir das falas dos usuários. Tal proposta de discussão visa identificar as repercussões desta questão que se apresenta ao mesmo tempo como característica a este segmento populacional, e, ainda, como sendo um dos determinantes do

processo de “saída para o mundo” e, que também incide sob suas condições de acesso a saúde.

Da mesma maneira, busca-se refletir acerca dos determinantes sociais da “saída para o mundo”, identificados sob a perspectiva da busca por liberdade, perda do papel do provedor e desemprego a partir da análise dos papéis socialmente atribuídos a homens e mulheres. O que remete a problematização acerca da maneira como esta distinção de papéis vinculados ao gênero influencia no acesso a saúde desse segmento populacional.

Busca-se ainda, incitar o debate acerca de questões relacionadas a violência, uso de álcool e ou outras drogas e preconceitos com relação a determinadas doenças no intuito de evidenciar o quanto tais questões ainda permanecem como tabus arraigados culturalmente na sociedade. E de que maneira podem além de desencadear (atrelados uns aos outros ou não) não apenas processos de “ida para as ruas”, mas também dificuldades no acesso à saúde relacionadas ao preconceito e estigmatização.

4.2 FRAGILIZAÇÃO DE VÍNCULOS FAMILIARES

A fragilização dos vínculos familiares foi destacada por todos os entrevistados como uma das principais determinações da “saída para o mundo”, fragilização esta, associada e desencadeada por uma série de fatores de ordem social, econômica e permeada por conflitos, violência e desentendimentos de variadas ordens. Busca-se a análise da fragilização de vínculos familiares tal qual aparece gradativamente nos relatos dos entrevistados entendendo-a enquanto categoria complexa de análise. E como tal, permeada não apenas por fatores de ordem social e econômica, mas, também, por sentimentos íntimos e relacionados aos fatores biográficos de cada entrevistado, respeitando-se as singularidades vivenciadas por cada um e entendendo que apesar dos padrões culturais de comportamento socialmente pactuados, cada ser humano pode reagir de forma diferenciada às experiências vividas.

Nesta direção, toma-se como pressuposto que a análise acerca dos processos de fragilização ou rompimentos dos vínculos familiares enquanto determinantes sociais da chamada “ida para as ruas” requer algumas considerações a respeito das transformações sociais contemporâneas e sua incidência sobre às organizações familiares. Tais transformações macrossociais afetam diretamente as famílias e tendem a desencadear processos de fragilização de vínculos familiares e consequente vulnerabilização das famílias. Estas transformações, estão, por sua vez, relacionadas à “ordem econômica, à organização do trabalho

e ao fortalecimento da lógica individualista” (MIOTO, 2000, p. 218). Que apontam também para “uma revolução na área da reprodução humana, mudança de valores e liberação de hábitos e costumes” (MIOTO, 2000, p. 218). Processo este que, segundo Miotto (2000) pautada nos estudos de Goldani (1994) e Pereira (1995) resultou em:

Mudanças radicais na organização das famílias, dentre as quais se observam, por um lado, processos de empobrecimento acelerado e (des) territorialização geradas pelos movimentos migratórios, além da perda gradativa de eficiência do setor público na prestação de serviços. Por outro houve um enxugamento do grupo familiar (família menor), um aumento das variedades de arranjos familiares (monoparentais, reconstituídas) (MIOTO, 2000, p. 218).

Ao passo do crescente empobrecimento e transformações vivenciadas pelas famílias, sobre estas recaem ainda, as responsabilidades e obrigações morais no que diz respeito a manutenção da subsistência de seus membros. Além da exigência de que se estabeleça enquanto bloco sólido de ajuda mútua e base de suporte moral, afetivo e emocional. No intuito de atender a tais exigências as estratégias lançadas pelas famílias são variadas, sendo que “as formas de organização das famílias são totalmente diversas e modificam-se continuamente” (MIOTO, 2000, p. 219). A busca pelo cumprimento destas e outras exigências em um contexto nada favorável à realização deste objetivo torna a família um espaço de produção e reprodução das desigualdades sociais. E desta forma, tem-se que:

O terreno sobre o qual a família se movimenta não é o da estabilidade mas o do conflito, o da contradição. As relações são profundamente marcadas pelas contradições entre as expectativas que a sociedade tem e as possibilidades objetivas de realização. Esta situação é condicionada tanto pela organização econômica e social da distribuição dos recursos, como pela coexistência de modelos culturais (valores, normas, papéis) reciprocamente contraditórios (MIOTO, 2000, p. 219).

Para Sarti (2003, p. 32) “a noção de família define-se em torno de um eixo moral”, onde o princípio da obrigação é que delimita, fundamenta e estrutura para as pessoas pobres a noção de família. Desta forma, para estas pessoas “são da família aqueles com quem se pode contar, quer dizer, aqueles em quem se pode confiar” (SARTI, 2003, p. 32). Parafraseando com a autora pode-se afirmar que o que define, portanto, o pertencimento ao grupo familiar é a disposição de cada membro deste grupo à realização das obrigações morais recíprocas (SARTI, 2003, p. 32). Desta forma, quando o indivíduo por uma ou mais razões deixa de cumprir com tais obrigações sente-se moralmente excluído do grupo familiar. Essa exclusão pode levar a conflitos e a consequente fragilização dos vínculos familiares e uma das estratégias de manutenção da subsistência pode ser a “ida para as ruas”, conforme exposto por alguns dos entrevistados da pesquisa:

“Eu já não era mais parte daquilo ali né? Eu só morava com eles (referindo-se a sua família) mas não tava mais ali de verdade. Eles já não podiam mais contar comigo, nem eu com eles, porque se tu não ajuda também não dá pra cobrar que fiquem sempre te levando nas costa né? Era só a droga que eu queria, só ficava nas correrias na rua já não lavava mais um copo dentro de casa” (Otacília).

No caso de Otacília a fragilização dos vínculos familiares foi desencadeada pela dependência química que a levava dia-a-dia a fazer as “correrias” com a finalidade de obter a droga afim de satisfazer ao seu vício e com isso, deixava de lado as obrigações e responsabilidades morais junto à sua família.

Ál me acidentei na obra e não podia mais trabalhar, quebrei os dois braços fiquei sem emprego, um inútil (Quincas).

Já para Quincas, Cabo Martim e Mestre Manuel a fragilização dos vínculos familiares foi motivada por uma situação social relacionada a sentimentos de impotência frente a impossibilidade de manutenção de sua subsistência e de seus familiares. Situação esta, relacionada por sua vez, a reprodução cultural dos chamados “papéis” femininos e masculinos, onde ao homem cabe o papel de “chefe de família”. A impossibilidade de manutenção da subsistência, agregada do valor simbólico que esta possui, na medida em que, carrega consigo, a dimensão moral do respeito àquele que trabalha e provê a si mesmo e ao seus, desencadeou, nestas situações, processos de conflitos e desconforto destes indivíduos com relação à permanência no espaço doméstico.

Também a não adequação ao cumprimento desses papéis historicamente instituídos contribuiu para a fragilização dos vínculos de

Quitária com seus familiares e a levou à procura de outras formas de socialização distantes do espaço doméstico onde sentia-se aprisionada.

É, preciso, no entanto, deixar claro que não são apenas estes os determinantes elencados pelos entrevistados, que contribuíram para a fragilização dos vínculos familiares, esta questão é bastante complexa, uma vez que, ao longo dos diálogos foram se formando cadeias sucessivas de reflexões acerca deste processo que levam a crer que um determinante social de “saída para o mundo” sempre está relacionado a muitos outros.

Ao longo das entrevistas, as falas dos sujeitos da pesquisa direcionavam a saída de casa a um determinante específico, normalmente aquele que mais os marcou ou abalou emocionalmente, entretanto, os porquês de tal “determinante principal”, recorrentemente levavam a outros, que desencadeavam aquele considerado “principal” e/ou o agravavam. Por exemplo, ao mencionar que a saída de casa se deu em decorrência da fragilização dos vínculos com familiares, esta, estava sempre atrelada a um ou mais determinantes, tais como, o uso de álcool e ou outras drogas que acarretava em conflitos em decorrência do dinheiro gasto com o vício ao invés de com a manutenção da família. Esse vício é, por sua vez, apontado por alguns dos entrevistados não apenas como causa, mas também, como consequência da fragilização de vínculos familiares.

Na medida em que, situações de insatisfação pessoal no âmbito familiar foram indicadas a partir de algumas falas, como “motivos” da procura pela “satisfação” de determinadas necessidades através do uso de álcool ou outras drogas; entretanto, esse uso é também apresentado como agravante das relações familiares que já vinham sendo consideradas insatisfatórias por alguns dos sujeitos entrevistados.

As alterações de comportamento ocasionadas pelo uso de álcool e ou outras drogas que ocasionavam em conflitos e desentendimentos também foi apontada por alguns dos entrevistados. Tal fragilização de vínculos apareceu também em algumas falas como decorrente de choque de opiniões e percepções entre os entrevistados e seus familiares. E, ainda, em decorrência da busca pela ruptura com padrões e papéis de gênero, cultivados no âmbito doméstico e que acabaram por repercutir em desentendimentos.

Enfim, seria deveras exaustivo problematizar todas as inter-relações entre os determinantes sociais da “ida para as ruas” elencadas pelos indivíduos e, mesmo em face da tentativa de problematização de todos estes aspectos, correr-se-ia ainda, o risco, de não conseguir abarcar a todas estas interfaces. Haja visto, a complexidade das relações humanas e os sentimentos que perpassam cada ato cotidiano e cada tomada de

decisão, como a saída de casa e, a ida para a rua nestes casos, que por vezes, não são possíveis de se expressar através de palavras.

Nesta direção, o objetivo neste momento da pesquisa é, além de buscar a compreensão acerca da fragilização dos vínculos familiares como um determinante social da “saída para o mundo”, é também compreender de que forma esta questão influencia na saúde desta população, seja no que diz respeito à suas condições de manutenção, quanto de acesso à saúde.

Assim, faz-se importante ressaltar o papel da família no que tange a dimensão do cuidado incutido no âmbito das políticas sociais, visto que a tendência é de que se convoque “os setores da sociedade, principalmente a família, para assegurar a provisão de bem-estar social” (BARCELOS, 2011, p. 143). Essa realidade se expressa fortemente no âmbito da política de saúde e, desperta certa tendência à responsabilização das famílias no que tange a dimensão do cuidado ao familiar doente, seja durante períodos de hospitalização, seja no retorno ao domicílio. Nesse sentido, Barcelos (2011, p. 143) chama atenção para a expectativa das equipes dos serviços de saúde de que a família assuma “um papel de protagonista no cuidado e no acompanhamento do usuário”.

Ao refletir acerca de como esta questão se materializa na vida de uma pessoa que se encontra em situação de rua, cujos vínculos familiares encontram-se fragilizados ou rompidos, percebe-se um entrave ao acesso à saúde. Uma vez que, pautada em sua experiência empírica a pesquisadora pôde constatar que recorrentemente no âmbito hospitalar, usuários que se encontram em situação de rua, em decorrência do agravamento de suas condições de saúde, necessitam de cuidados após a alta hospitalar.

O que se torna uma grande dificuldade a estes usuários quanto ao acesso a cuidados em saúde, visto que a cidade de Florianópolis não dispõe de instalações adequadas para o abrigamento de pessoas em situação de rua dependentes para o autocuidado. Estas pessoas geralmente não podem contar com o auxílio de familiares quando estão doentes e ou dependentes, devido a fragilização e ou rompimento dos vínculos com estes. E, nestas condições, o processo de desospitalização fica comprometido e, por vezes, a situação necessita ser judicializada, processo este, demorado e, sem garantias de “soluções” efetivas.

Mesmo durante o período de internação hospitalar, a presença de familiares no acompanhamento ao usuário é costumeiramente solicitada pelas equipes de saúde. E, a impossibilidade dessa presença leva a uma diferenciação no trato ao usuário, relacionada a posturas preconceituosas e incitada por julgamentos valorativos de ordem moral. O que pode por

sua vez refletir em acesso desigual ao cuidado em saúde no âmbito hospitalar, salvo em situações que a história do usuário provoca certa comoção nas equipes, o que também, atrelado a julgamentos valorativos torna aquele indivíduo “digno de pena”. As histórias relatadas por Quitária e Pé de Vento exemplificam estas questões:

“Uma vez quando fiquei internada depois de ter meu segundo filho que eu dei pra adotar, eu fiquei muito mal, tive uma complicação depois do parto e, eu não conseguia me mexer, ficava só na cama, achei que eu ia morrer. Aí me perguntaram umas duzentas vezes se tinha alguém da minha família, tipo a minha mãe ou uma irmã ou alguém que pudesse vim pra ajudá a me cuidá. Eu disse que não, e aí eu via que assim o jeito que me tratavam era diferente, o meu banho era por último e as vezes não dava tempo e eu era que ficava sem banho. Isso daí eu vejo como uma coisa que atrapalha na saúde, porque eles tão pra te cuidá se fosse pra família te cuidá não precisava hospital né. Achei injusto. Eu ouvia um monte de coisa assim dizendo que cadê a família dessa guria, como é que pode tá largada assim. Aí até que eu contei a minha história pra uma assistente social lá da maternidade e eu acho que ela conto pros outros e daí tudo fico melhor, me tratavam bem daí. Acho que daí eles ficaram com pena” (Quitária).

“Quando eu tive um AVC fiquei internado, como eu não tinha ninguém pra ficá lá comigo era pior, porque eu via que os outros tinham os parentes pra ajudá a comê a tomá banho e tal. Como eu tava sozinho tinha que dependê da boa vontade das enfermeras e elas diziam que não era pra eu tê aprontado com os meus parentes, porque aí agora elas precisavam deles pra ajudá e eu também e, que quando eu fosse embora eu ia pra onde? ” (Pé de Vento).

Acerca da responsabilização por parte das equipes hospitalares de saúde às famílias no que tange a dimensão do cuidado Barcelos (2011, p. 143) evidencia que:

A relação entre equipes de saúde e usuários e suas famílias é marcada por embates, atravessada pelas realidades socioeconômica e cultural de cada um dos sujeitos envolvidos. Nesse contexto, se articulam formas diferenciadas de tratamento e de cuidados a partir de preconceitos e pré-julgamentos. Em relação ao cuidado, pode-se observar que ele é entendido como algo natural e intrínseco às famílias. O familiar, representado pela figura do acompanhante, é solicitado pelas equipes

de saúde, mesmo que de forma velada, para auxiliar nos cuidados com o paciente internado.

Tal questão remete a reflexão acerca de que alguns dos aspectos apontados como sendo característicos à população em situação de rua, tais como a ausência de moradia regular convencional e o rompimento e/ou fragilização de vínculos familiares podem afetar diretamente não apenas em suas condições de vida e saúde em decorrência da ausência de uma rede de proteção familiar, e, de condições mínimas de habitabilidade. Mas também, podem significar condições piores de acesso ao atendimento em saúde e, em determinadas situações, ausência de garantia de acesso ao reestabelecimento de sua saúde após a desospitalização.

4.3 O APRISIONAMENTO AOS PAPÉIS FEMININOS E MASCULINOS E A BUSCA POR LIBERDADE E TRABALHO

A partir dos relatos de Quincas, Cabo Martim, Mestre Manuel e Quitária pretende-se incitar o debate acerca dos determinantes sociais da “saída para o mundo” associadas a questões de gênero que permeiam o universo simbólico das famílias. E, que nas histórias de vida relatadas por estes entrevistados levaram a instabilidade e fragilização dos vínculos familiares, que por sua vez, resultaram no abandono do grupo familiar e do espaço privado do ambiente doméstico.

Dentro do universo simbólico familiar observa-se a “divisão complementar de autoridades” (SARTI, 2003, p. 28), constituída por uma teia de obrigações e papéis socialmente atribuídos, onde ao homem é conferido o papel de “chefe da família e a mulher, a chefe da casa” (SARTI, 2003, p. 28). Tem-se dessa forma, que para Quitária o sentimento de aprisionamento perante o lar, cuja única perspectiva era a permanência e a manutenção da situação tal qual se apresentava, foi o fator determinante de sua “saída para o mundo”. Ou seja, a sensação de confinamento ao espaço doméstico cumprindo dia-a-dia “seu papel” de cuidadora, zeladora e mantenedora da organização da casa e da unidade do grupo familiar motivaram a busca por outras possibilidades de sociabilidade e novas experiências distanciadas do espaço privado.

De acordo com Abrão e Mioto (2014, p. 49) essa percepção tradicional acerca dos papéis que correspondem a homens e mulheres na sociedade é uma construção histórica nos âmbitos cultural e ideológico que se fortalece a partir do processo de industrialização. Onde aos homens compete o papel de chefe do domicílio e as mulheres o papel de

executadoras dos trabalhos secundários cuja função, é a complementaridade do trabalho masculino. Segundo as autoras:

A construção da domesticidade feminina esta historicamente vinculada a uma construção cultural expandida com o advento da industrialização, a partir da separação entre a unidade doméstica e a unidade de produção e se estabelecendo uma divisão sexual do trabalho muito mais rígida que em épocas anteriores. Foi delegada às mulheres a responsabilidade acerca das tarefas reprodutivas no âmbito do domicílio, enquanto aos homens coube desempenhar as tarefas produtivas fora desse espaço e receber uma remuneração por isso (ABRÃO; MIOTO, 2014, p. 49).

Essa divisão de papéis aparece claramente no relato de Quitária que, em comparação ao irmão, sentia-se prejudicada pelo fato de ser mulher e, como tal, estar relegada ao ambiente doméstico, enquanto ao irmão eram designadas tarefas externas, que o permitiam, segundo o ponto de vista de Quitária, maior liberdade. As diferenças biológicas entre homens e mulheres por vezes são usadas como justificativas às atitudes discriminatórias entre as pessoas e, levam a criação de estereótipos:

[...] de modo subliminar: o homem é forte (é mais, é superior) e a mulher é frágil (é menos, é inferior). Dessa forma, constroem-se socialmente modelos de masculino e de feminino baseados na ideia de que as diferenças são de ordem natural e imutáveis. De fato, as diferenças biológicas são relativamente fixas e imutáveis, mas as diferenças atribuídas, as caracterizações, são construções culturais, que podem mudar de acordo com o tempo e com o lugar em que acontecem (TIENE, 2004, p. 43).

Nesta direção, tem-se que as diferenças relacionadas a questão de gênero existentes entre a criação de Quitária e de seu irmão, tiveram para esta, um peso maior do que as próprias condições de vida e pobreza que a incutiam de responsabilidades e a afastavam de maiores possibilidades de sociabilidade próprias da infância e da adolescência:

“Era uma pobreza, uma miséria que a gente vivia, a minha mãe tinha que dar duro pra criar a gente, eu sempre entendi isso, eu sabia que eu e meu irmão tinha que ajudar e não dava pra ficá dando bobeira

por aí como os outros. Mas mesmo assim, o que eu achava ruim mesmo era ele podê tá na rua, já trabalhando fora! E quando voltava não podia fazer mais nada né, porque tava cansado, enquanto eu ficava lá trabalhando o dia todo dentro daquela casa, presa, sem ver ninguém” (Quitária).

O sentimento de subordinação da mulher perante o homem é uma questão histórica e cultural, cuja diferenciação na criação e educação de meninos e meninas é tanto um reflexo quanto um fator de fortalecimento à essa realidade contraditória, nas palavras de Tiene (2004):

Histórica e culturalmente, a mulher desempenhou o papel de reprodutora e de socializadora dentro do ambiente familiar privado. Isso remete à questão de gênero, que nos permite entender melhor as representações sociais do masculino e do feminino na prática social, quando e como mulheres e homens são educados, de maneira diferente, o que contribui para um tratamento desigual nas relações, quase sempre proporcionando a subordinação da mulher (TIENE, 2004, p 43).

A “saída para o mundo” foi então, naquele momento da vida de Quitária a “opção” que, a seu ver, a “libertaria” da sensação de opressão que vivenciava e a proporcionaria uma maneira de se reinventar, lembrando as palavras de Tiene (2004, p. 23): “contraditoriamente, a mulher entre sofrimentos e rupturas inventa para si um novo modo de viver e sobreviver”.

Entretanto, a “saída para o mundo” e a exposição física que esta representa frente a simbologia culturalmente desenvolvida sobre o corpo da mulher levou Quitária novamente a uma posição de subordinação. Desta vez, pelo fato de ser mulher e estar em situação de rua o que, segundo seu próprio relato, desperta no imaginário masculino, a sensação de posse sobre um corpo “sem dono”:

“É como se eu tivesse que ser de alguém, sabe? Tô na rua, os home já vem tudo querendo se esfregá, na imaginação deles, eu tô lá porque tô sem dono e aí eles podem chegá e pegá” (Quitária).

Segundo Tiene (2004):

A opressão masculina aparece na rua de forma diferente da que surge no ambiente doméstico. Muitas mulheres adotam comportamentos machistas nas discussões, partilhando, no mesmo

padrão dos homens, das bebedeiras e do uso de droga. Entretanto, a violência sexual praticada contra elas marca-as profunda, física e psicologicamente [...]. As mulheres mantêm submissão sexual em troca de proteção e pagam muito caro por isso. Seus corpos revelam os traços de “utilidade-obediência” constatados nas instituições repressivas (TIENE, 2004, p. 156).

A histórica subordinação ao espaço doméstico e a exposição à violência de todas as ordens são consideradas por Silva (2009) e Tiene (2004) como questões que ajudam a explicar porque a mulher moradora de rua é minoria se comparada população masculina.

Já para Quincas, o sentimento de frustração por não conseguir seguir os passos do pai no âmbito de relações familiares hierárquicas aliado às tristezas decorrentes das perdas sofridas, o levaram ao uso de álcool e a fragilização dos vínculos familiares. Nestas condições, a chamada “saída para o mundo” foi a “opção” que Quincas encontrou naquele momento diante de uma situação onde sentia-se impotente frente as responsabilidades que lhe foram socialmente conferidas e, onde as respostas e soluções à estas lhe escapavam as rédeas. Haja visto que, a manutenção de seu grupo familiar, responsabilidade lhe inculcida socialmente pelo fato de ser homem e, como tal, provedor de sua família, é uma tarefa que lhe foge ao domínio, uma vez que, não depende apenas de sua vontade, mas sim, de uma série de variáveis tais como suas condições físicas e psicológicas de trabalhar e do próprio mercado de trabalho e suas instabilidades. A este respeito Sarti (2003, p. 29) afirma que:

O lugar central do homem na família, como trabalhador/provedor, torna-o também vulnerável, porque o faz dependente das condições externas cujas determinações escapam a seu controle.

Também Mestre Manuel e Cabo Martim conferem a perda material e simbólica do papel de provedor junto à sua família a determinação para a “ida para a rua”. O sentimento de impotência frente a manutenção de uma obrigação que lhes foi ensinada desde a infância, onde ser homem significa ser “macho” e, portanto, manter economicamente a si mesmo e a sua família. A perda do papel de provedor e a necessidade de que outra pessoa da família extensa assumisse essa responsabilidade são relatadas como desmoralização e humilhação pelos entrevistados:

“É humilhante né? Não vô mais atrás deles, agora eles não têm mais que tê respeito por mim né? Eu tô no chão, me sinto humilhado, mas quem perdeu não fui só eu né, eles perderam mais ainda e aí me dá é culpa” (Quincas).

“Eu só servia enquanto era pra sustentar não é mesmo? Depois que a mulhé passou a sê virar sozinha ela me dexô. Com razão mesmo. A culpa foi minha eu que não soube segura as ponta da casa (Mestre Manuel).

“Quando o home larga a casa não é só ele que perde, todo mundo que dependia dele perde também, claro que era melhor se eu tivesse conseguido ficar lá e manter eles tudo, saber disso é que me endoida, me faz sentir um bosta” (Cabo Martim).

Através destes relatos é possível perceber que o sentimento de culpa inibe os entrevistados de procurar sua família, o que também de certa forma, está relacionado a divisão social dos papéis de homens e mulheres. Haja visto que a perda do papel de provedor vivenciada pelo indivíduo repercute em um abalo a toda sua família, nas palavras de Sarti (2007, p. 29):

A autoridade masculina é seguramente abalada se o homem não garante o teto e o alimento dos seus, funções masculinas, porque o papel de provedor o reforça de maneira decisiva. Entretanto, a desmoralização ocorrida pela perda de autoridade inerente ao papel de provedor, abalando a base do respeito que lhe devem seus familiares, significa uma perda para a família como totalidade.

Sentimentos de abalo moral, permeados ainda por sentimentos de vergonha impedem esses homens também de retornarem às suas casas a partir da retomada do contato com os familiares. Situação também constatada por Nasser (2001, p. 217), cujo sentimento de vergonha é um dos motivos apresentados por seus entrevistados para o afastamento de suas famílias. Sentimento este, passível de reversão apenas mediante uma “reviravolta” em suas vidas, ou seja, o retorno pode se dar apenas mediante a apresentação perante sua família de uma situação de vida melhor do que a que tinham quando saíram de casa. Segundo a autora:

Na representação que constroem sobre esse sentimento de “vergonha” – simultaneamente falso e verdadeiro -, identificam-no à sua “falta de cabeça” em gerir a própria vida. [...] Para reparar a

“falta de cabeça” que desestruturou suas vidas, só admitem voltar ao mundo de onde saíram, se puderem fazê-lo de “cabeça erguida”; o que significa só retornar em melhores condições do que tinham no momento em que partiram (NASSER, 2001, p. 217).

Esta questão fica também bastante evidente nas falas de Quincas e Cabo Martim:

“Voltar agora só depois que eu reconstruir tudo que eu tinha e mostrar pra ela (referindo-se a ex-esposa) que eu posso dar a volta por cima” (Quincas).

“Se der tempo um dia eu queria voltar sim, mas só se eu tiver melhor de vida” (Cabo Martim).

Toda esta discussão remete ao questionamento acerca de que maneira a atribuição de julgamentos valorativos e a construção de papéis de gênero interessa ao objetivo deste estudo? A resposta a tal indagação reside no fato de que, sua análise permite não apenas a aproximação ao universo simbólico, experiências e vivências destes sujeitos, o que permite não apenas a compreensão deste aspecto da realidade destes, mas também, permite a reflexão acerca de como esta distinção moral entre homens e mulheres é reproduzida no âmbito da saúde.

Entender o homem como provedor e a mulher como cuidadora induz à atribuição de determinadas condutas e ações que competem a cada um, desta forma, a partir desta apreensão, a sociedade tende a esperar que o homem trabalhe e que a mulher cuide de tudo para que o homem possa executar sua tarefa de manutenção da subsistência da família. Quando isso não ocorre, é considerado que há algum problema, geralmente de ordem moral que induz a percepção de ausência de caráter, falta de comprometimento com o próximo, descaso com relação a si mesmo e à família.

Essa percepção rasa é reproduzida também no âmbito da saúde e mostra-se relevante para compreensão do acesso da população em situação de rua à saúde. O corpo exposto da mulher em situação de rua, é tomado como sinônimo de promiscuidade. E leva, segundo a lógica vigente, essa mulher a ser concebida como um ser mau e egoísta, incapaz de sentir o chamado “amor materno” e, portanto, incapaz de cuidar de sua saúde e da de sua família, essa mulher é, nesta perspectiva, um “monstro”. Essa questão aparece na fala de Quitária:

“Deixá meu filho lá eu não queria, mas é o jeito né. Mas é duro tu tá fazendo uma coisa que tu não quer e mesmo assim os outros te

olham como monstro. Mas também eles até preferem que eu deixe o neném lá porque acham que eu não posso cuidá nem de mim quem dirá dele”.

Ao se referirem a determinadas posturas de profissionais do âmbito da saúde, as duas entrevistadas da presente pesquisa apontaram as questões atreladas ao julgamento moral acerca de suas estratégias de sobrevivência nas ruas como barreiras à procura por atendimento de saúde. Procurar o serviço de saúde e sentir-se perseguido, observado sob olhares de julgamento e discriminação, foi apontado por ambas como motivos pelos quais a procura por serviços de saúde se dá penas em “último caso”. O que interfere diretamente no acesso a prevenção de doenças e orientações em saúde.

Quanto aos homens o fato de estarem em situação de rua e, sob esta perspectiva construída historicamente, serem considerados “vagabundos” que não trabalham e, que não se preocuparam com suas famílias, abandonando tudo em prol da manutenção de seus vícios egoístas. Aparece também nas falas dos sujeitos entrevistados e, é também relatado por estes, como discurso reproduzido no âmbito da saúde. E, induzem segundo o que pode-se perceber através das entrevistas relatadas, os profissionais da saúde a agir segundo o critério do “merecimento”, ou seja, quem merece ou não o desgaste e a motivação da equipe na recuperação da saúde e, quem é considerado por estes, o chamado “*caso perdido*” (Curió).

4.4 A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E O USO DE ÁLCOOL

O alcoolismo e a dependência química aparecem também nos relatos de alguns dos entrevistados como determinantes sociais para a “ida para as ruas” e rompimento ou fragilização de vínculos familiares. Nos casos de Quincas, Cabo Martim, Eduardo e Mestre Manuel, o alcoolismo aparece através de seus relatos, como principal fator desencadeador da fragilização dos vínculos familiares e de processos complexos de relações cotidianas permeadas por situações de conflito que incitaram a “ida para as ruas”. Conforme percebe-se através dos relatos destes entrevistados, o alcoolismo se tornou um problema central em suas vidas e fator predominante, portanto, sobre as demais lembranças que carregam consigo. Resultado semelhante foi obtido por Nasser (2001, p. 99) que a partir do relato dos entrevistados de sua pesquisa constatou que:

De fato, para muitos deles, a história de alcoolismo preencheu metade ou mais dos anos de sua

existência, e ocupou tantos espaços de suas memórias, que minimizou, ou até mesmo, anulou os tempos despendidos em outros domínios de sua vida cotidiana, como se realmente não houvesse sobrado mais “tempo para nada”.

Pautada nas pesquisas censitárias desenvolvidas junto à população em situação de rua em Porto Alegre, Recife e São Paulo, a autora Maria Lúcia Lopes Silva (2009, p. 171), afirma que o uso frequente de álcool e outras drogas é um aspecto presente na vida desse grupo populacional:

A primeira pesquisa realizada em Porto Alegre (1995) registra que, das pessoas entrevistadas, 66,20% responderam fazer uso frequente de álcool e 17,90% disseram usar outras drogas. A segunda pesquisa (1999) indicou percentuais mais elevados para as duas situações. As que disseram consumir álcool de forma frequente representavam 67,30% do total das pessoas em situação de rua, enquanto 24,70% informaram o uso de outras drogas. A pesquisa realizada em Recife, em 2004, revelou que, das 653 pessoas em situação de rua, 237, (36,29%) incluíram o consumo de drogas entre as atividades que desenvolvem nas ruas. O estudo [...] em 2005 [...] de São Paulo indicou que cerca da metade declarou ter feito uso de álcool durante a vida e 24% afirmaram ter usado drogas.

Ao discutir o assunto do uso de álcool por pessoas que se encontram em situação de rua, Nasser (2001) demonstra a passagem gradativa do lazer ao vício que em casos extremos pode levar à chamada “saída para o mundo”. Essa transformação é exemplificada através das falas de alguns dos entrevistados:

“Beber era diversão né, alívio, tomar aquela cervejinha com os amigos, depois de um futebolzinho é bom demais. Mas depois foi aumentando, já não era mais só com os outro que eu bebia, comecei a beber sozinho, aí de repente, quando eu vi tava bebendo mais. Aí a briga já comia solta, queria ficá sozinho, a pinga importava mais que tudo já” (Cabo Martim).

“Primerio eu bebia em casa, mas aí comecei a beber mais, aí eu já não bebia em casa, porque já falavam que eu mudava, ficava estranho, aí eu ia pro boteco e de preferência um boteco longe pra ninguém me achá” (Eduardo).

“Bebia em casa no churrasquinho de domingo com a família, eh coisa boa, tempo bom, mas eu não soube como manter e aí virei esse caco aqui” (Mestre Manuel).

Nasser (2001) constata também que entre os entrevistados de sua pesquisa, inicialmente, o ato de beber era praticado enquanto atividade social de lazer compartilhada com parentes e amigos, geralmente nos finais de semana, após o jogo de futebol disputado no bairro ou em festas familiares. Entretanto, essas horas outrora disfrutadas com a família aos poucos fora sendo substituídas cada vez mais frequentes a bares e a partir de então:

[...] o ato de beber não se restringia ao mesmo bar, do mesmo bairro de outrora, pois provavelmente não só pelo delírio provocado pelo álcool, mas também como um meio de escapar ao controle e à censura de familiares e vizinhos, era comum que esses indivíduos[...] percorressem geralmente a pé, impressionantes distâncias, de bar em bar (NASSER, 2001, p. 205).

Sendo que, segundo a autora supracitada e confirmado pelo relato dos entrevistados da presente pesquisa, “a forma extremada desse nomadismo será, como se sabe, o sair para o mundo, que se realizará pelo abandono da casa” (NASSER, 2001, p. 205). Conforme o relato de Eduardo:

“E aí de boteco em boteco eu perdi tudinho, perdi até eu mesmo”.

A fragilização dos vínculos familiares e a saída de casa em decorrência do alcoolismo e dependência química são também problematizadas por Escorel (1999) que aponta os principais meandros das complexas relações familiares nestas situações, segundo o autor:

O alcoolismo e outras drogas interferem na unidade familiar tanto pelos conflitos que provocam, sejam estes violentos ou não, quanto pelo desequilíbrio do orçamento doméstico que o consumo compulsivo tende a produzir. A desagregação (ou não) daí oriunda depende dos limites de tolerância afetiva e de vulnerabilidade econômica que a unidade familiar pode suportar. No caso de famílias situadas no limiar entre a pobreza e a miséria, o vício do provedor principal pode significar a

desintegração da estrutura familiar (SCOREL, 1999, p. 104).

Assim como o uso do álcool a dependência química, principalmente relacionada ao uso de crack, pode, portanto, também conduzir o indivíduo à situação de rua, como retrata o relato de Otacília. Onde a entrevistada considera como uma de suas piores experiências a dependência do crack, sendo a droga ao longo de seu relato descrita através das palavras “fardo”, “castigo” e “desgraça”. Cujas dependências desencadeiam sentimentos de “impotência”, “baixa autoestima” e “sofrimento”.

Mas o que é o crack? De acordo com Cruz, Vargens e Ramôa (2011) o crack é uma forma distinta de levar a molécula de cocaína ao cérebro. A cocaína é produzida desde o século XIX através da separação da substância cocaína da folha da coca, o pó branco resultante de tal separação é utilizado através de inalação nasal ou dissolvida em água e injetada nas veias. Utilizando diferentes processos de fabricação, além do pó branco, podem ser produzidas formas que podem ser fumadas. São elas: a merla, o crack e o oxi.

Segundo Nappo (2004, p. 15) o crack é:

[...] a forma de base livre da cocaína, podendo ser obtido do cloridrato de cocaína ou da pasta de cocaína, ambos produtos de extração da coca. Muito pouco solúvel em água, não podendo ser, por esse motivo, injetado, por isso é colocado em cachimbos caseiros para ser fumado. Os vapores produzidos são prontamente absorvidos pelos pulmões, alcançando rapidamente o cérebro.

A rapidez com que a droga atinge o cérebro e o preço menor se comparado, por exemplo, ao da cocaína são fatores “atraentes” aos usuários. Fatores estes, que aliados a sensação intensa e rápida de prazer, mencionada por Otacília e Negro Pastinha, contribuem para a dependência e desencadeiam um processo de “fissura”, conforme Nappo (2004):

Os efeitos iniciais compreendem intensa euforia (êxtase), ilusão de onipotência e grande autoconfiança. Essas sensações de extremo prazer recebem o nome de rush ou flash e duram muito pouco, cerca de 5 minutos no caso do crack. [...] A

fissura, definida como vontade irresistível de usar a droga, acompanha o usuário por mesmo muito tempo após aparada definitiva do consumo da droga. [...] A intensidade e o rápido início da euforia combinados com a forte compulsão de uso que se desenvolve fazem do crack uma droga com alto potencial de causar dependência (NAPPO, 2004, p. 15 – grifos da autora).

Os relatos de Otacília e Curió e Negro Pastinha demonstram claramente o potencial do crack de causar dependência:

“Tu usa a pedra, primeiro porque é mais barato e quando tu usa é bom demais, daí ela termina e tu fica como doido tentando conseguir mais, fica igual zumbi, tu já não pensa mais em nada só quer dar um jeito, qualquer jeito, de usar mais, senão vai dando tristeza” (Otacília).

“Usô uma vez, tais ferrado, não tem arrego, fumo viciou” (Curió)

“O crack é diferente de tudo, não sei nem como te explica, dá um tesão, uma coisa doida, boa demais. Aí rapidinho já passa e te dá um ruim, parece que toda minha vida, só as coisas ruins me vêm na cabeça e aí eu vô atrás de mais pra sair desse ruim” (Negro Pastinha).

Com relação aos efeitos do crack, os autores Cruz, Vargens e Ramôa (2011, p. 01) confirmam a sensação descrita pelos entrevistados:

Estas diferentes formas de administração da molécula de cocaína (inalada, injetada ou fumada) têm efeitos distintos no indivíduo. Quando a droga é fumada, isto faz com que grande quantidade de moléculas de cocaína atinja o cérebro quase imediatamente produzindo um efeito explosivo, descrito pelas pessoas que usam como uma sensação de prazer intenso. A droga é, então, velozmente eliminada do organismo, produzindo uma súbita interrupção da sensação de bem-estar, seguida, imediatamente, por imenso desprazer e enorme vontade de reutilizar a droga. Esta sequência é vivida pelos usuários com um comportamento compulsivo em que os indivíduos caem, com frequência, numa espiral em que os atos de usar a droga e procurar meios de usar novamente se alternam cada vez mais rapidamente. Outra diferença entre o crack e a cocaína em pó é que, para os produtores de drogas, o crack é muito mais barato. Em resumo, o crack é uma forma muito

barata de levar as moléculas de cocaína ao cérebro em segundos provocando efeito muito intenso.

A busca incessante por mais droga levou Otacília a recorrer a meios como a prostituição para obtenção de recursos financeiros que lhe permitissem o consumo. A relação sexual muitas vezes sob o efeito de drogas fez com que muitas das relações fossem efetuadas sem uso de preservativo, expondo, portanto, a usuária às doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis e o HIV e ainda, a gravidez indesejada:

“Muitas vezes eu fiz (referindo-se ao ato sexual sem uso de preservativo) precisava de dinheiro pra comprar a droga, mas sentia nojo, eu que era sempre tão limpinha até me lavava depois de mijar... (pausa... choro...). Veio Aids, veio filhos... muitas vezes veio surra, já me usaram, me bateram e não me pagaram” (Otacília).

De acordo com Cruz, Vargens e Ramôa (2011, p. 04), a realidade apresentada por Otacília revela-se como uma característica recorrente às usuárias de crack:

O consumo de crack e cocaína têm sido associados diretamente à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como gonorreia e sífilis. Os comportamentos de risco mais frequentemente observados são o número elevado de parceiros sexuais, o uso irregular de camisinha e troca de sexo por droga ou por dinheiro para compra de droga. Deve ser levada em consideração a vulnerabilidade social a que estão expostas as usuárias de crack, que trocam sexo pela droga ou por dinheiro para comprá-la. Não devemos esquecer que há a possibilidade de transmissão de HIV através de lesões orais e labiais causadas pelos cachimbos.

A relação entre o uso de crack por mulheres e a incitação aos chamados “comportamentos de risco” foi também analisada através do estudo “Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS”, publicado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas, em parceria com a Secretaria Nacional Antidrogas, que constatou que:

As usuárias de crack [...] que se prostituem por droga, mostraram diferenças significativas em relação às profissionais do sexo, as quais realizam o ato sexual para sobrevivência. Diante desse objetivo diferenciado na prática da prostituição, várias diferenças puderam ser notadas. O número de parceiros, no caso das profissionais do sexo, é menor. Além disso, são mais conscientes das DST/AIDS e insistem no uso de preservativo com seus clientes. O poder de negociação para que o sexo seja seguro e adequadamente pago está preservado nesse grupo, sendo ausente entre as que se prostituem por droga, o que coloca em perigo esse segundo grupo. As observações participativas demonstraram que não há ponto fixo tampouco parceiros “fixos”. Não esperam seus “clientes” passivamente como no caso das primeiras, mas buscam-nos de forma agressiva, muitas vezes forçando a entrada em carros e ficando sujeitas à violência. A prostituição ocorre a qualquer momento, ou seja, sempre que elas sentem falta da droga e consequente fissura. O poder de negociação para realização de sexo seguro ou pagamento adequado fica prejudicado, já que buscam realizar a troca de corpo por crack, sob fissura, ou seja, sob um desejo incontrolável pela droga, o que lhes rouba a capacidade de discernimento, avaliação de perigo, etc. Essa fragilidade a que ficam expostas, por causa do crack, impedindo-as de efetuar “bom” negócio, faz com que necessitem realizar muitos programas em uma rotina interminável de conseguir clientes, realizar sexo, obter droga ou dinheiro para comprá-la, fumar o crack e voltar para o passo inicial em busca de novo cliente. As crenças sobre a possibilidade de contrair DST/AIDS, escolha de parceiros, uso de preservativo etc. são totalmente sem conexão com a realidade, e a pouca informação correta sobre regras de sexo seguro que possuem não é colocada em prática, seja porque estão impossibilitadas pela ação da droga, seja pela não-concordância do companheiro (NAPPO, 2004, p. 03).

Em seu relato, Otacília lembra que logo que passou a morar na rua procurava, na medida do possível, manter os cuidados referentes a sua higiene pessoal e buscava abrigar-se indo dormir na casa de conhecidos. Entretanto, quando passou a fazer uso do crack, pouco a pouco foi sentindo-se degradada. Os efeitos em seu corpo estavam perceptíveis, muito emagrecida, ela que dizia-se muito vaidosa há alguns anos afirmou sentir-se agora sem autoestima:

“Sabe eu já fui bonita... não parece... eu sei... agora sou um monstro, só tenho ossos e cabelo. Minha cabeça já também não anda boa não... esqueço das coisas... e quando acordo de manhã as vezes nem sei onde tô. Um dia acordei embaixo da ponte com a roupa rasgada, toda doída e com um preservativo dentro de mim (pausa...) eu nem sei o que me fizeram (choro...) Mas já desapeguei” (Otacília).

A situação de perda gradativa da autoestima e essa sensação de “desapego” consigo mesma, relatada por Otacília, foi também constatada pelo estudo supracitado que identificou através dos relatos das entrevistadas:

[...] a presença constante de violência. Porém, “acostumadas” aos maus-tratos, elas não os reconhecem como violência, a não ser que haja um dano físico grave. Dessa forma é correto afirmar que o dado obtido (52%) é subestimado, já que nele não se incluem os casos em que a violência não resulta em injúria física. Esse comportamento é explicado por alguns autores como resultante da baixa autoestima reinante entre essas mulheres, a qual as leva a sentirem-se menos valorizadas e mais fracas, aspectos que ocorrem tanto na subcultura do consumo de drogas como na sociedade em geral. Esse estigma associado ao estilo de vida de usuária de droga, somados ainda às baixas expectativas que possuem em relação às suas vidas, aumentam sentimentos e comportamentos da percepção negativa que têm de si próprias (NAPPO, 2004, p. 03).

Constatação semelhante também é identificada pelos autores Cruz, Vargens e Ramôa (2011, p. 02) que chamam atenção para a tendência à perda do autocuidado com relação à saúde e integridade física por usuários de crack:

O uso de crack pode diminuir temporariamente a necessidade de comer e dormir. Muitas vezes os usuários saem em “jornadas” em que consomem a droga durante dias seguidos. Podem ocorrer redução do apetite, náusea e dor abdominal. Frequentemente, a alimentação e o sono ficam prejudicados, ocorrendo processo de emagrecimento e esgotamento físico. Os hábitos básicos de higiene também podem ficar comprometidos. O crack pode aumentar o desejo sexual no início, porém com o uso continuado da droga, o interesse e a potência sexual diminuem.

Também Prates, Abreu e Cezimbra (2004), em estudo realizado em Porto Alegre com mulheres em situação de rua, identificam que estas apresentam uma história de sucessivas perdas de referência e, expressam através de seus relatos, cenas nas quais o álcool e as diversas drogas associam-se a atos de violência física e psicológica. Fatos estes, que incitam posturas de desvalorização de si manifestadas a partir de comportamentos de subalternidade de gênero.

Os entrevistados Pé de Vento e Curió também exprimiram através de seus relatos os sentimentos de desânimo e perda de auto estima, bem como, a sensação de fissura, onde a busca pela obtenção de mais droga se sobressai sobre qualquer outra atividade:

“Primero tu prova, aí tu só queres mais e mais e mais e mais... A tua vida começa a girar em torno daquilo ali, por isso que tem casqueiro por aí que rouba, que pede, que faz de tudo. Aí tu já esqueces o banho, os dentes vão apodrecendo, esquece até de comer, aí já vem a doença, tu já viras um sei lá o que, porque gente é que tu já não é mais. Daí se tu já tava na merda antes, sem emprego, daí mesmo que tu não vai conseguir” (Pé de Vento).

“O que que eu posso dizê... é uma merda! Eu me sinto um lixo, um guri novo né (risos). Já acho que não vô mais servi pra nada na vida. Antes de ontem mesmo me deu uma diarreia que eu achei que ia morrer. Aí ontem e hoje eu tô de cara (não está sob o efeito da droga), por enquanto tô de boa, mas o ruim é que assim eu consigo me ver, tava me olhando na vitrine da loja, daí que eu vi que tô todo estragado” (Curió).

Chama-se atenção aos danos físicos provocados pelo uso do crack, não apenas no que concerne o “desapego” supracitado, e a situação de vulnerabilidade física e psicológica que pode levar a maior exposição à violência. Mas também àqueles que se referem ao risco de intoxicação e abstinência que acarretam em severas alterações humor e comportamento.

Além dos danos provocados ao afetarem diretamente às vias aéreas e órgão como pulmões, coração e ao sistema nervoso central (CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2011, p. 03).

Esse conjunto de fatores desencadeados pelo uso da droga pode levar também a fragilização ou rompimento de vínculos familiares, uma vez que, segundo Cruz, Prates e Ramôa (2011, p. 02), a dependência química “se caracteriza pela perda de controle do uso e por prejuízos decorrentes dele nas diversas esferas da vida: pessoal, familiar, trabalho, lazer, judicial, etc.”. Fato que, segundo a entrevistada, é bastante recorrente aos usuários de crack:

“Usando crack, não dá pra ficar morando numa casa não, todos que eu conheço saíram de casa por causa do crack. Pensa só quem é que vai aturar um casqueiro dentro de casa... além disso a correria pra conseguir (o crack) é tempo todo, o viciado não faz mais nada da vida, só faz pra conseguir (o crack) na hora que acaba” (Otacília).

Os desentendimentos com familiares em decorrência do uso de substâncias químicas também são relatados por Pé de Vento, que exprime em seu relato, os sentimentos de tristeza ao ter que abandonar sua casa em decorrência desses conflitos:

“Não dá pra ficar em casa e ser usuário. Não dá mesmo! (Nesse momento arregala os olhos e para por um instante olhando para mim com expressão séria). A briga é direto e aí se fica é pior porque com a cabeça cheia de crack, tu só pensa naquilo cara, não tem jeito, aí tu fica possuindo mesmo, aí na hora da briga tu perde a cabeça mesmo. Pra não machuca ninguém é melhor sair de perto”.

Os sentimentos de desânimo com relação à suas próprias vidas e perda gradativa de autoestima são, por vezes, reforçados quando estes indivíduos procuram atendimento em saúde. O sentimento de “estar por baixo” é maximizado, segundo o relato de alguns dos entrevistados, quando estes ao procurarem atendimento em saúde ouvem frases do tipo:

“A escolha foi tua, agora aguenta” (Mestre Manuel relatando a frase que ouviu de um enfermeiro em um serviço de pronto atendimento).

“Quem tá na chuva é pra se molhar, quis ficar na rua, beber e fumar, agora tá doente” (Quincas relatando a frase dita por uma enfermeira em um serviço de pronto atendimento).

“Tem que parar de beber e se drogar senão não adianta mais nem vim aqui no hospital” (Curió relatando a frase que ouviu de uma médica em um serviço de pronto atendimento).

Ao procurar um serviço de saúde já sentindo-se responsáveis pela situação de saúde na qual se encontram e, por vezes não vislumbrando

outras alternativas que os possibilitem melhores condições de vida e saúde, estes indivíduos são revitimizados. E isso, naturalmente, contribui para o distanciamento das pessoas em situação de rua dos serviços de atendimento à saúde.

4.5 EXPERIÊNCIAS DE VIOLÊNCIA

A categoria violência perpassa toda a história de vida narrada por Otacília, violência esta, que se inicia na infância, e que adquire novas nuances na adolescência e perdura na fase adulta. Em seu relato, Otacília demonstra compreender que as formas de violência sofridas ao longo de sua vida estiveram relacionadas ao fato de ser mulher:

“Quando nasci fui abandonada, a família que me adotou... me adotou quando já era maiorzinha, não queriam uma filha e sim uma empregada... cresci sem amor (pausa...choro...) eles tiveram outro filho. Meu irmão ganhava amor, era homem ele tinha tudo. Minha mãe nunca me pegou no colo, nunca me abraçou... eles mal me olhavam na cara... eu cuidava da casa, fazia comida e era ameaçada pra não contar”. Eu me sentia fraca, impotente, um nada. Daí quando deu fui embora”.

Através da descrição de Otacília a respeito de sua infância, identificam-se aspectos referentes a violência intrafamiliar que pode ser considerada “toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família” (BRASIL, 2001). No caso de Otacília, a violência intrafamiliar foi psicológica, o que de acordo com Maia e Willian (1985, p. 02) é uma espécie de violência que “ocorre quando alguém é submetido a ameaças, humilhações e privação emocional”. Para os autores supracitados, a “violência psicológica é a mais difícil de ser identificada, apesar de ocorrer com significativa frequência”. Ela pode levar a pessoa a sentir-se desvalorizada, sofrer de ansiedade e adoecer com facilidade.

Otacília se emociona e relata a falta de amor como algo doloroso, como uma memória que a faz sentir-se triste e desacreditada de seu potencial criativo e criador. A ausência de gestos e demonstrações de afeto, carinho e amor a faziam sentir impotente diante da realidade de violência vivenciada no espaço doméstico. Para Maturana (2004), o amor constitui-se enquanto sentimento fundamental no desenvolvimento infantil inclusive do ponto de vista biológico:

Do ponto de vista biológico, o amor é a emoção que constitui o domínio de ações no qual o outro é aceito como é no presente, sem expectativas em relação às consequências da convivência, mesmo quando seja legítimo esperá-las. O desenvolvimento biológico sadio de uma criança requer uma vida de amor e aceitação mútua (MATURANA, 2004, p. 223).

Para Hillal (1985, p. 18), as relações de amor e afetividade no ambiente familiar funcionarão ao longo do desenvolvimento do indivíduo como os suportes “da inteligência, da vontade, da atividade, enfim, da personalidade”. O autor afirma ainda, que “a afetividade constitui a base de todas as reações da pessoa diante da vida de todos os seus acontecimentos”.

A violência psicológica sofrida por Otacília na infância remete também a violência de gênero, em algo já tão naturalizado socialmente como o trabalho doméstico. Na fala de Otacília ***“Meu irmão ganhava amor, era homem ele tinha tudo”***, fica explícita a relação de gênero, ou seja, a ela (mulher e filha adotiva) cabiam os serviços domésticos a ele (filho consanguíneo e homem) era concedido o amor.

A criação diferenciada de filhos do gênero masculino e do gênero feminino ancora-se em uma construção histórica onde à mulher foi conferido o espaço de atuação primordialmente privado. Ao homem cabe a esfera pública. Entende-se que a segregação de papéis socialmente construídos de homem provedor do sustento do lar e da família, e da mulher como a dona de casa, prejudicaram ambos os gêneros. Isto porque ao mesmo tempo que delegaram a mulher ao anonimato, a submissão e ao papel reprodutivo. Delegaram também ao homem o papel de produtor que deve fazer o que estiver e o que não estiver ao seu alcance para manter sua honra e dignidade através do sustento da casa, que por sua vez deve ser obtido através do trabalho. À mulher cabe o papel de respeitar ao homem e manter as melhores condições possíveis para que este possa exercer seu papel.

A violência doméstica pode ser considerada, portanto, nesse caso aliada a outros fatores de ordem relacional um dos motivos da chamada “saída para o mundo”. Entretanto, faz-se importante ressaltar que a violência não cessou após a situação de rua no caso de Otacília, apenas se modificou, permanecendo enquanto uma constante ao longo de sua vida.

Ressalta-se ainda, que a violência em suas variadas formas de se apresentar é um aspecto presente na trajetória de rua no caso de homens

e mulheres o que se confirma dia após dia através de notícias divulgadas através da mídia. Notícias a respeito de homens e mulheres em situação de rua queimados, espancados e mortos de forma cruel e sanguinária, cujas “justificativas” beiram a selvageria, “justificada” por sua vez, por um senso moral de limpeza e higienização historicamente imaculado pela ordem burguesa.

Tal violência é reproduzida também no âmbito da saúde e apresenta-se não apenas como um fator motivacional da chamada “saída para o mundo”, mas, também como um fator que se reproduz de maneira multifacetada no cotidiano da população em situação de rua. Tal violência pode estar relacionada tanto a atos criminosos proferidos por membros da sociedade, policiais, pessoas civis, proprietários de estabelecimentos comerciais, profissionais da saúde, familiares, etc. Quanto pode também ser observada em atos de negligência governamental para com este segmento populacional.

A culpabilização e criminalização destas pessoas por seus problemas de saúde apontada anteriormente neste estudo, apresentam-se também como atos de violência psicológica que inibem estes indivíduos a procurarem atendimento em saúde. Julgamentos de conduta e palavras duras de “aconselhamento” sob a forma de uma espécie de tutela por parte de profissionais da saúde, são, por vezes, tomadas por estes profissionais como “educação em saúde”. Percebe-se, através dos relatos dos sujeitos entrevistados por esta pesquisa que ao apontar seus “defeitos” e “erros” e buscar “corrigi-los” sob o prisma da crítica alguns profissionais da saúde entendem que estão cumprindo seu “papel”:

“Eles fazem o papel deles né? Que nem uma médica me disse uma vez: eu te digo o que tu faz de errado, mas tu sempre faz de novo e aí eu desisto!” (Curió).

Tais condutas profissionais acabam sendo internalizadas pelos sujeitos que se encontram em situação de rua e, aliado a todo arcabouço de vivências, sofrimentos, negligências e precariedade que carregam consigo algumas situações se agravam:

“Até eu já desisti de mim!” (Curió).

“Quando tu está na rua tu é um desacreditado, nem tu mesmo te dá crédito!” (Quincas).

4.6 PROBLEMAS DE SAÚDE E PRECONCEITO

Sabe-se que ao longo da história muitas foram as doenças que despertaram o medo, repudia e preconceito de todas as ordens na sociedade. Doenças temidas e relacionadas a determinados períodos sócio

históricos, perfis populacionais e sócio comportamentais que desencadearam processos de exclusão social norteados por rótulos ofensivos: o aidético, o leproso, o tuberculoso, entre outros personagens estigmatizados pelo imaginário popular.

Desta forma, tem-se que determinadas doenças são carregadas de simbologias e atribuídas a determinados grupos populacionais de forma preconceituosa e excludente. O que pode ocorrer inclusive no interior das famílias, levando a exclusão de um ou mais de seus membros em decorrência não apenas da doença, mas também dos significados e comportamentos a ela atribuídos.

O relato de Cazusa expressa essa realidade:

“Meus pais me botaram pra fora de casa quando descobriram que eu tava com tuberculose”.

De acordo com Souza, Silva e Meirelles (2010, p. 03), a tuberculose “ainda é uma doença envolta em tabus e crenças de natureza simbólica e cercada por um forte estigma, evidenciado desde épocas remotas e entre os mais diferentes povos”. As autoras chamam atenção para o fato de que a doença ainda possui uma carga de temerosidade bastante grande por parte da sociedade. E que os níveis de preconceito podem levar os indivíduos acometidos pela doença a rejeição por parte daqueles com os quais se relacionam.

A tuberculose é associada, de forma geral, a uma série de variáveis de ordem moral, crenças e simbologias, conforme apontam as autoras supracitadas:

Frequentemente, doenças como a tuberculose estão associadas, na imaginação, a crenças tradicionais sobre a natureza moral da saúde, da enfermidade e do sofrimento humano. Essas enfermidades acabam por simbolizar muitas das ansiedades que as pessoas têm, como é o caso da punição divina. Em suas mentes, essas enfermidades são mais do que uma simples condição clínica, elas se tornam metáforas da vida cotidiana (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010, p. 03).

Cazusa retrata essa forma de interpretação da doença em seu relato:

“Eles (seus pais) são crentes, pra eles se eu tô com isso aí (referindo-se a tuberculose) é porque Deus quer é porque eu mereço porque sô um casqueiro (usuário de crack) e isso aí eles não aceitam. Porque eles falaram que era o que faltava mesmo era, é, eu pagar a

peste e ir pra dentro de casa passar pra eles também. Mas não foi fumando crack que eu peguei isso daí! Nessa época eu nem sabia o que era crack”.

Lima et al. (2014, p. 05) também chamam atenção para as representações sociais pejorativas com relação a tuberculose:

Ao longo da história, a representação da tuberculose é marcada pelo preconceito e o estigma. Ainda hoje, a tuberculose é temida por ser a expressão de algo que é socialmente digno de censura, bem como, por representar o estágio último de miséria humana. Nesse sentido, persiste no imaginário social e como forma de relação da sociedade com a pessoa com tuberculose, o estigma sobre a tuberculose e a pessoa adoecida.

Tal representação pejorativa acerca da tuberculose foi também internalizada por Cazuza e, segundo seu relato, o afastam atualmente tanto da busca pelo contato com os familiares quanto do tratamento de saúde:

“Não vô mais falar com eles até eu me curar e ficar cem por cento! (Tosse) mas como tu tá vendo ainda não é o caso... mas também tenho vergonha de ir no médico só por causa disso aqui, eu já sei que a culpa é minha”.

Essa percepção acerca de si mesmo e da doença que possui e, que afastam Cazuza tanto do tratamento de saúde quanto do retorno à casa são, parte de comportamentos permeados de sentimentos internalizados com relação à julgamentos de ordem moral acerca do certo/errado e desejável/ indesejável:

O indivíduo ou grupo que possui uma ou várias características indesejáveis, muitas vezes, internaliza um sentimento pejorativo e adota atitudes decorrentes da auto-percepção sobre esta particularidade que podem incluir vergonha, nojo e culpa. Estes sentimentos produzem um conjunto de comportamentos que vão desde a negação do traço estigmatizado e a exclusão social até o aumento do comportamento de risco (LIMA et al., 2014, p. 05).

Ressalta-se novamente que estes determinantes apresentados como desencadeadores da “saída para o mundo” não devem ser tomados como

formas de generalizações, bem como, como únicos, correndo-se o risco de compactuar-se com a criação de estereótipos e padrões de pessoas que “tendem” à situação de rua, o que certamente, seria equivocado. Nesta direção, atenta-se para o fato de que apesar de discutidos de forma didaticamente separada, entende-se que tais fatores se entrelaçam e, são perpassados por uma série de outras motivações, sentimentos e relações sociais. Entende-se ainda, que tais questões foram apontadas pelos sujeitos da pesquisa não apenas como fatores que os “motivaram” a sair de suas casas e, atrelados uns aos outros contribuíram para suas “idas para a rua”. Mas também, apareceram em suas falas, como questões que permanecem apresentando-se em suas vidas, algumas com novas faces e, reproduzidas por “novos” atores a partir de relações sociais distintas.

A partir do que foi exposto, pôde-se perceber que estas questões são também reproduzidas no âmbito da saúde, através de posturas e condutas profissionais permeadas pelo universo simbólico construído historicamente acerca da população em situação de rua. E que as reproduções destas questões pelos serviços de atendimento em saúde podem inibir a procura destes por pessoas em situação de rua. E assim, da mesma forma como a reprodução destas questões no âmbito familiar levou a fragilização dos vínculos parentais, pode contribuir também para a fragilidade das relações destes sujeitos com os serviços de saúde.

5 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ESTRATÉGIAS E ENTRAVES AO ACESSO À SAÚDE

Esta seção visa explicar acerca das estratégias de acesso da população em situação de rua à atenção à saúde. E, para isso parte da compreensão do acesso “como possibilidade de se utilizar serviços de saúde quando necessário” (ALVES, 2010, p. 17), ou seja, sob esta perspectiva, o acesso se refere “aos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de responder às necessidades de saúde de uma determinada população” (ALVES, 2010, p. 17). E, desta forma, destaca-se que para que se possa analisar a questão do acesso é preciso levar em conta a realidade concreta na qual esta relação de oferta e procura de serviços se materializa visto que:

[...] a questão do acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil está associada às suas próprias características, abarcando as relações entre os sujeitos envolvidos no processo de atenção à saúde (usuários, famílias, trabalhadores) e as contradições e conflitos do sistema, que ocorrem muitas vezes sob a ótica de ocultamento das “contranormas”, de relações hierárquicas, de clientela, favor e tutela (ALVES, 2010, p. 18, grifos da autora)⁸.

Nesta direção, esta dissertação busca identificar a seguir a partir de um processo crítico de reflexão pautado nos relatos dos entrevistados da pesquisa e nos referenciais bibliográficos estudados: compreender como os entrevistados conceituam saúde; quais situações requerem, em sua percepção, atendimento em saúde; a quais serviços recorrem nestas situações; quais suas expectativas com relação a tais serviços; quais são os atores envolvidos nesse processo e, quais são os limites e possibilidades do acesso à saúde à esse grupo populacional.

⁸ Para aprofundamento da apreensão sobre o conceito de acesso recomenda-se à visita às produções teóricas: **Trajetórias de Acesso da População aos Serviços do SUS: um estudo sobre a cirurgia bariátrica**. De ALVES, Francielle Lopes (2010). E, **Serviços de Saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso**. De GIOVANELLA Lígia e FLEURY, Sônia (1996). Nestas produções as autoras realizaram uma revisão teórica acerca dos conceitos de acesso e acessibilidade.

5.1 CONCEITOS E CONCEPÇÕES DE SAÚDE

Parte-se da premissa de que os problemas de saúde das pessoas que se encontram em situação de rua são reflexos de suas condições de vida. Essa afirmação induz a reflexão sobre o que é a saúde e de quais os fatores que a determinam e condicionam. E ainda, acerca de como os sujeitos que vivenciam a experiência de estar em situação de rua entendem a saúde. Esses questionamentos foram suscitados por perguntas que no cotidiano do exercício profissional a pesquisadora costuma ouvir de outros profissionais e usuários no contexto hospitalar. As perguntas a nível informal ou mesmo profissional são frequentes quando usuários ou profissionais deparam-se com sujeitos que se encontram em situação de rua e, que procuram atendimento no hospital. E referem-se, de forma geral, as indagações: será que esse sujeito sabe que sua saúde é prejudicada pelas condições sob as quais vive? E se sabe, por que ele não muda de vida? Perguntas cujas respostas induzem, ainda, a outros questionamentos: Será que, caso saiba, apenas o fato de saber o possibilitaria alterar suas condições de vida? A ciência dos fatos, por si só, é capaz de reverter um processo de exclusão social?

E assim, as perguntas se desdobram, multiplicam-se e ramificam-se compondo um emaranhado infinito de novas indagações. Dessa forma, pode-se dizer que o objetivo a que se propõe essa investigação vai justamente no sentido de provocar o questionamento e tentar acompanhar o desenrolar deste complexo emaranhado.

Diante do exposto, e buscando-se refletir inicialmente acerca do que é a saúde ressalta-se que a elaboração desse estudo parte da compreensão da saúde enquanto “produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo que a situação saúde/doença é uma representação da inserção humana na sociedade” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 13). E toma como base central de análise o conceito de saúde que foi elaborado no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 1980, e que serviu para organizar, mais tarde, o Sistema Único de Saúde, qual seja:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem

gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (AROUCA, 1987, p. 382).

O que remete consequentemente a análise das demandas em saúde enquanto expressões da totalidade social, uma vez que “não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 12).

Nesta direção, parafraseando Vasconcelos (2011, p. 443), os determinantes da saúde não estão, portanto, contidos nela mesma, mas sim, nos múltiplos fatores que permeiam a vida em sociedade, dentre eles a cultura, os preconceitos, o lazer, a educação, o social e a política, as relações sociais quer sejam laborais, familiares, formais ou informais. Enfim, os determinantes da saúde sob esta perspectiva, ultrapassam a dimensão estritamente biológica e abarcam um conjunto de fatores:

Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios socioeconômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 12).

Nesta direção, atenta-se ao fato de que oito dos dez entrevistados da presente pesquisa afirmaram compreender suas dores e mal-estar físicos como decorrentes do modo de vida nas ruas e, ou agravadas por este. Os dois que não realizaram esta associação, referiram que ainda não sentiram diferenças consideráveis em seu estado de saúde pelo fato de estarem e situação de rua há pouco tempo. Entretanto, relataram, assim como os demais, quais são os fatores que consideram determinantes para

a saúde e de que forma a escassez ou ausência de acesso a estes fatores, devido a situação de rua, implicam em prejuízos à saúde. Os relatos apresentados a seguir exemplificam as afirmações realizadas:

“Saúde menina depende de um monte de coisa, depende de casa, de comida, de ter gente que tu gosta que tu escolheu perto de ti, gente que não teja sempre brigando porque tá sem grana passando fome” (Mestre Manuel).

Saúde é tudo né! Tendo saúde o resto a gente corre atrás! Mas pra tê saúde não é fácil não, primero porque tem que tê as coisas, tipo comida, cuidado, não fumá, não beber, tomá banho direitinho pras ferida não virá tudo uma sujeira e aí tu perdê as pernas, ir no médico pra descobri as doenças, comê as coisa certa, não pegá friagem, vixi é tudo que a gente não tem né?! (Negro Pastinha).

Pra ter saúde tem que ter é claro comida, casa, sei lá, um monte de coisas materiais, mas é pra mais do que isso aí... tem que ter alegria, prazer na vida... coisas boas pra fazer, pra se divertir, e isso aí na rua é difícil! ” (Quincas).

“Saúde é tê saúde ué, é não tá doente. Mas na rua não dá né, porque tu ta sempre no corre.... Aí não come, daí é bebe, daí pega chuva, sei lá... te batem, ou tu cai, se machuca. Daí não dá pra dizê que um cara que tá na rua é um cara saudável né? Que nem aquele cara que malha, que se cuida todo. Eu sei disso daí, e eu quero mudá de vida, mas e aí é que é difícil tu me entende? Entre eu querer e poder aí já é outros quinhentos (risos)” (Curió).

“Se eu não tivesse na rua eu era capaz de tê saúde, mas aqui não. É muito sujo e mulhé tu sabes como é né qualquer sujeira já entra pra dentro da gente e dá um monte de problema, fora esses home nojento querendo coisa com a gente daí pega doença deles também. Ui que nojo que é! Se eu pudesse eu saía daqui, mas agora ainda não tenho condições pra isso” (Quitária).

“Saúde é o que eu não tenho, nem lembro mais como é! (Risos), eu levo é na piada mesmo né, porque aqui vivendo desse jeito tu me faz essa pergunta, aqui já dá pra ver que não tem condição né? Eu quero mesmo é ver se eu mudo de vida logo, quando os políticos ajudarem a gente (risos)” (Eduardo).

“Saúde depende de tudo e tudo depende de ter saúde. Um dia quando eu saí dessa vida aqui, vô me cuidá, mas pra isso aí eu nem sei como é que eu faço pra sair daqui, nessas hora não tem ninguém pra ajuda” (Otacília).

“Saúde é fazê esporte, comê certinho, não beber, não se drogar, é tudo isso que na rua é mais difícil de fazer, tu acaba ficando doente

porque é brabo se manter muito certo por aqui assim. E olha, depois que tu te enfia na rua é difícil de sair” (Cazuza).

Desta forma, constata-se a partir do relato dos sujeitos da pesquisa, que a saúde para estes não é considerada apenas como a ausência de doenças, mas sim, enquanto o resultado de um conjunto de determinantes de ordem diversa. Percebe-se também que os entrevistados consideram que a situação de rua impõe limitações ao acesso a estes determinantes.

Através das exposições dos entrevistados pode-se perceber a clareza que estes possuem acerca do que é “ter” saúde e do que é “não ter” a partir de análises e construções reflexivas que associam a saúde à suas condições de vida. E, que permitem a associação destas condições de vida a forma de estruturação da sociedade capitalista e a priorização do capital em detrimento da atenção à questão social.

Ao relacionar suas condições de vida à ausência de possibilidades mínimas de manutenção à saúde, os entrevistados estabelecem a relação entre a questão social em suas múltiplas expressões e o acesso a saúde. O que demonstra claramente a predominância da concepção ampliada de saúde por parte destes, na medida em que esta parte do pressuposto de que os componentes estruturais da sociedade, encontram-se como condicionantes do processo saúde-doença. Ou seja, a saúde relaciona-se diretamente a forma como a sociedade acessa a alimentação, o sistema sanitário (água e esgoto), educação, moradia, trabalho e renda, lazer, entre outros.

Nesta direção, é possível constatar através dos relatos dos entrevistados que as barreiras que são apontadas por estes ao “ter saúde” são determinadas socialmente enquanto expressões das limitações que lhes são impostas a formas dignas de acesso à direitos sociais. O que significa considerar segundo Arouca (1986, p. 36) que:

[...] se uma pessoa ganha pouco e não consegue comprar aquilo que é fundamental para sua sobrevivência, ela não consegue recuperar toda a energia que está gastando no trabalho, e, portanto, se enfraquece; se alguém mora mal, não consegue que a sua casa seja uma proteção contra as agressões do meio ambiente; se não tem acesso à educação, não consegue ter aquele conhecimento que lhe permite controlar a natureza. Tudo isso, finalmente leva à conclusão de que se uma pessoa não come aquilo que é o mínimo necessário e adequado à reprodução da vida, ela se enfraquece, e, se enfraquecendo, perde a luta contra a agressão

e adocece. Adoecendo, não trabalha e nem pode mais vencer todas as lutas que uma sociedade competitiva lhe coloca. Portanto, trabalha menos, fala menos, mora pior, tem água em piores condições, se alimenta pior e adocece (AROUCA, 1987, p. 36).

A reflexão acerca do que é saúde requer, portanto, a compreensão da totalidade que a envolve e permeia, o que por sua vez, remete a impossibilidade da Política de Saúde em “dar conta” da saúde de forma isolada. A atenção à saúde requer, portanto, ações intersetoriais, na medida em que, partindo-se da concepção ampliada de saúde, faz-se impossível concebê-la sem a integração e articulação com as demais políticas sociais.

Considera-se a este respeito os enormes avanços conquistados a partir da implementação do Sistema Único de Saúde, entretanto, chama-se atenção à lacuna ainda existente em termos de atenção à saúde da população em situação de rua. O atendimento a este segmento populacional ainda representa um enorme desafio ao SUS e encontra seus limites explícitos no cotidiano dos serviços de saúde. Tais limites remetem principalmente a ausência de ações que respeitem os princípios estruturantes do SUS da universalidade de “acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”; da integralidade de assistência, enquanto “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos”, e da “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990, p. 03). Uma vez que, apesar de se ter clareza a respeito dos desafios cotidianos enfrentados pelos usuários dos serviços de saúde de forma geral à garantia do acesso às condições previstas através da Lei nº 8.080. Chama-se atenção aos desafios ainda maiores enfrentados pela população em situação de rua, enquanto grupo populacional estigmatizado socialmente e carente de tudo.

O preconceito limita o acesso da população em situação de rua aos serviços que implementam as políticas sociais, e a ausência de efetividade no âmbito prático do princípio da integralidade e da dimensão da intersetorialidade⁹ completa o precipício que se instala entre a pessoa em

⁹ A respeito da ação intersetorial no âmbito das políticas públicas ver Tumelero e Nogueira (2014), neste artigo as autoras realizam uma problematização acerca das abordagens sob as quais o tema da intersetorialidade é tratado por alguns dos principais autores que refletem sobre a temática no Brasil.

situação de rua e os direitos sociais. Uma vez que, uma política relega a outra a atenção a este segmento populacional, o que é muito comum entre as Políticas de Assistência Social e de Saúde. Onde é recorrente a atribuição da demanda do usuário de uma política à outra sem que, por vezes, haja a complementariedade entre ambas no intuito de um atendimento integral.

Com base nestas reflexões, busca-se a seguir identificar a partir das experiências, opiniões e construções reflexivas dos entrevistados da presente pesquisa quais são as situações que os motivam a procurar atenção em saúde. E nestas situações, quais são suas estratégias de acesso, que tipo de serviço procuram e quais os limites e dificuldades que encontram ao longo deste percurso.

5.2 QUANDO PROCURAR A ATENÇÃO EM SAÚDE?

Ao serem questionados a respeito dos motivos que os conduzem a procura por atendimento em saúde, todos os entrevistados da pesquisa referiram-se a situações de adoecimentos físico e ou biológico. Dentre os motivos mencionados destacam-se dores de ordem diversa (de cabeça, pernas, pés, ouvidos e garganta); enjoos, náuseas e diarreia; tosse forte e mal-estar relacionado a tuberculose; doenças sexualmente transmissíveis; diabetes; cirrose e; ferimentos de ordem diversa (cortes, feridas, hematomas, etc.).

É importante destacar que todos os entrevistados referiram que a necessidade de procurar atendimento em saúde ocorre quando a dor, incômodo ou mal-estar se intensifica, tornando-se um impeditivo à realização das atividades cotidianas. Dessa forma, os entrevistados que se referiram às doenças como tuberculose, diabetes, cirrose e DSTs afirmaram que a procura pelos serviços ocorreu quando os sintomas se tornaram, em certa medida, insuportáveis. Todos referiram já possuir diagnósticos prévios à situação de rua, entretanto, afirmaram não realizar acompanhamento de saúde, ou fazer uso de medicamentos de forma regular. Essa questão é evidenciada através das seguintes falas:

“Só vô quando as feridas tão estourando e não aguento mais de dor e não posso mais andar” (Negro Pastinha, referindo que procura atendimento em saúde apenas quando a situação das feridas que tem nas pernas se agrava e toma proporções insuportáveis, segundo ele, as feridas são decorrentes do diabetes).

“Eu já tenho diabetes desde novo, mas eu não trato não. Assim ôh, eu trato de vez em quando, porque quando descompensa eu fico bem mal, daí já vô direto pra emergência” (Quincas).

“Eu já sei que tenho herpes vaginal desde que pari meu segundo filho (o que ocorreu segundo ela, há cerca de um ano) mas eu só uma vez quando eu fiquei internada porque eu fui no hospital porque já tava com umas feridas feias, coceira e dor. Mas aí agora já voltô faz um mês e eu ainda não fui atrás de vê porque eu tenho as coisas pra fazê todo dia, senão eu não como, não arrumo as coisas também né, não tenho tempo” (Quitária).

Conforme mencionado anteriormente, além dessas situações em que alguns dos entrevistados relataram a procura em casos de intensificação/piora e, de consequências de uma doença/quadro clínico pré-existente. Alguns entrevistados relataram também a procura em momentos de dor intensa e ou sangramento ocasionados por ferimentos ou lesões, ou em decorrência de mal-estar súbito que não lhes deixaram outra opção, além da procura espontânea ou referenciada por serviços de saúde.

Percebe-se, portanto, que a procura por serviços de saúde pelos entrevistados está relacionada, geralmente, a situações extremas e adversas. E, que não há regularidade no acompanhamento e ou tratamento de saúde e, ou adoção de medidas preventivas. Nestas condições, a procura por serviços de saúde está relacionada a episódios pontuais, onde há a busca por resolutividade rápida e eficaz. Haja visto, que conforme o relato de Quitária, o tempo se constitui enquanto um elemento extremamente relevante para quem está em situação de rua em decorrência da luta diária pela sobrevivência através das chamadas “correrias”¹⁰.

A questão do acesso da população em situação de rua à atenção à saúde é problematizada por Abreu (2013, p. 134) que também constata

¹⁰ Segundo Tiene (2004, p. 126) “Fazer *correria*, como se expressam as moradoras (es), é buscar recursos em dinheiro que ou em espécie para suprir as necessidades imediatas. Entre eles é a palavra que mais se ouve, e abrange vários tipos de ação. Envolve desde catar latas ou papel/papelão, guardar carros, guardar lugar na fila do INSS, pedir ajuda ou comida, até praticar pequenos furtos quando a ocasião se apresenta, bem como passar droga. O termo retrata bem a realidade dessa ação, que deve ser feita com esperteza e muita rapidez, e implica, normalmente, ‘sair correndo’ para atender uma eventual solicitação que renderá outros frutos ou, ainda, para não ser pego e sofrer repressão. Há necessidade de chegar no ponto para guardar o carro e catar latas antes que outros o façam; estar no ponto na hora certa para conseguir freguês que compre vaga na fila do INSS; observar vários pontos ao mesmo tempo. [...] As moradoras de rua são chamadas, comumente, de pessoas vagabundas e que não querem fazer nada. Observadas com maior acuidade, percebe-se que são pessoas que se ocupam o dia inteiro”.

que os contatos das pessoas que encontram-se em situação de rua com os serviços de atenção à saúde são, de forma geral, irregulares e pontuais. Fato que se associa a priorização de suas atividades cotidianas voltadas à manutenção de sua subsistência em detrimento de cuidados em saúde, que sob estas condições, passam a ficar relegados a um segundo plano em suas vidas. Nas palavras do autor:

[...]a baixa procura por serviços de saúde por parte desta população, tendo em vista que tendem a dar prioridade para a satisfação de suas necessidades de sobrevivência como água, comida, banho e quando conseguem um lugar para dormir fora das ruas. Neste contexto, o cuidado com a saúde passa a ficar em segundo plano, quando não esquecido ou visto como objeto de luxo, de acesso quase que exclusivo para aqueles que têm uma vida diferente dos que estão em situação de rua (ABREU, 2013, p. 134).

No que concerne ainda aos problemas de saúde de ordem clínica/biológica apresentados por essa população, faz-se importante voltar a salientar as relações que estes problemas estabelecem com as condições de vida desses indivíduos. Nesta direção, destaca-se que no Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua¹¹ são apresentados os principais problemas clínicos apresentados pela população em situação de rua. São eles, problemas nos pés, tais como varicosidades e estase venosa, celulites, bichos de pé, micoses, calosidades, unha encravada, entre outros.

Problemas estes, relacionados a rotina cotidiana estabelecida geralmente por indivíduos que se encontram em situação de rua que implica em longas caminhadas diárias, por vezes com o mesmo calçado, em geral, sujo e úmido. Essa situação é expressa por Quitária, a certa altura de seu relato, quando se refere aos danos físicos ao seu corpo em decorrência das “correrias” do dia-a-dia:

“Essa sandália aqui por exemplo, olha só me ferra o pé todo (aponta para a sandália rasteira que tem nos pés e que já está bastante

¹¹ Trata-se de um Manual desenvolvido em 2012 pelo Ministério da Saúde, que versa através de um estudo sistematizado das condições de saúde deste grupo populacional específico desenvolver possibilidades para que sua inserção no SUS tenha como porta de entrada prioritária a Atenção Básica através da implantação dos Consultórios na Rua.

desgastada). *Mas é porque a gente anda muito atrás das coisas o dia todo, todo dia aí não tem calçado que aguento*” (Quitária).

Outros problemas de saúde apresentados pelo Manual supracitado como sendo frequentes à população em situação de rua são as chamadas “infestações” de piolhos de corpo, de cabeça e escabiose são também um outro problema de saúde apresentado por esta população, devido principalmente a “dificuldade de acesso a locais para higiene pessoal, principalmente no que se refere a banho e lavagem de roupas” (BRASIL, 2012, p. 60). Além de doenças como tuberculose, DSTs, HIV, hepatites virais, gravidez de alto risco e algumas doenças crônicas como hipertensão, diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica.

O uso de álcool e outras drogas é também apresentado como frequente entre a população em situação de rua e pode desencadear ou agravar outras doenças. E, por fim, é apresentada a saúde bucal como outra demanda bastante recorrente desta população para com a rede de proteção à saúde.

Questões relacionadas à saúde bucal não foram mencionadas pelos entrevistados da presente pesquisa, entretanto, observou-se que todos apresentavam demandas nesse sentido. Alguns tinham alguns dentes da frente com aspecto bastante comprometido, outros possuíam pouquíssimos dentes apesar da pouca idade que possuem e, os que lhes restavam, também “pareciam” comprometidos.

Com relação ao uso de álcool e outras drogas, quatro entrevistados apontaram o uso de álcool como um dos fatores motivacionais da situação de rua, e cinco relacionaram essa motivação à dependência química. Dos dez entrevistados 3 referiram fazer uso apenas de álcool atualmente; os demais relataram o uso de bebida alcóolica associado ao uso de outras drogas, das quais foram mencionadas a maconha, o crack e a cocaína.

Quatro dos entrevistados relacionaram o uso de álcool e outras drogas ao desencadeamento de problemas de saúde e ou agravamento de doenças pré-existentes:

“A cachaça piora a cirrose, a cachaça é que deu cirrose também” (Cabo Martim).

“Esse crack vai ferrando com a gente devagarinho e quando vê já tá parecendo morto-vivo, eu já nem sei mais onde é que eu vô pará, as vezes eu acho que vô morrer a qualquer hora dessas” (Pé de Vento).

“Eu acho que a droga só ajuda a gente a morrer mais cedo sabia? Mas eu acho que lá no fundo é o que muita gente que tá aqui quer, mas não consegue tê coragem pra fazê de outro jeito... eu tô vendo a minha saúde se acabar por causa dessas coisas” (Otacília).

“Tinha que ficá mesmo era só nos baseadinhos e na cervejinha se quisesse ficá de boas, mas com essas coisas tudo que eu uso de cachaça pura e crack e pó não tem saúde que agente isso daí né” (Curió).

Além das questões expostas até agora, ressalta-se que o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua chama atenção para os problemas relacionados a saúde mental apresentados por esse segmento populacional. A esse respeito, Bottil et al. (2009, p. 171), afirma que “o sofrimento mental e as reações psicológicas anormais têm grande prevalência nos grupos transitórios e situacionais de moradores de rua”. Para os autores estas pessoas desenvolvem determinadas doenças mentais muitas vezes “como resposta a um acontecimento extremamente doloroso, que pode ser entendido como a própria situação de morador de rua”. (BOTTIL et al., 2009, p. 171).

Isto significa que o conjunto de fatores que, de maneira geral, costuma desencadear a situação de rua, tais como o desemprego, a perda do lar, o rompimento e ou fragilização dos vínculos familiares, o uso de álcool e outras drogas, entre outros, pode levar ao desenvolvimento ou agravamento de problemas físicos e, ou mentais.

Além disso, as condições adversas de sobrevivência das pessoas em situação de rua podem, também, desencadear sofrimento mental. De acordo com Bottil et al. (2009, p. 171) “esses sujeitos podem manifestar distúrbios psicóticos agudos e também outros sintomas como: apatia, retardo psicomotor e déficit de memória, decorrentes de toda a adversidade a que estão submetidos.”

Questões relacionadas ao sofrimento mental não foram mencionadas diretamente pelos sujeitos entrevistados pela presente pesquisa, entretanto, ao longo das entrevistas foi possível observar as marcas de cunho emocional que carregam consigo, principalmente no que se refere às suas histórias de vida e às suas perdas. Desta forma, considerou-se importante frisar este sofrimento, como um dos aspectos considerados relevantes no que concerne a compreensão das especificidades de saúde desse segmento populacional.

Através de alguns dos relatos dos entrevistados da pesquisa foi possível também constatar que a procura por atendimento em serviços de saúde está relacionada não apenas ao alívio de suas dores ou mal-estares físicos, mas também em decorrência do contexto geral no qual estes problemas se inserem. Ou seja, buscam a amenização, mesmo que temporária, das situações de privações que vivenciam cotidianamente nas ruas. Essa questão é exemplificada através dos seguintes relatos:

“Tá vendo essas feridas aqui? (Levanta as pernas da calça e mostra as pernas edemaciadas e com feridas) então, as vezes tem que ir no hospital pra tomar remédio pra dor porque senão não aguento, mas também pra poder limpar, tomar um banho e também deitar num colchão e poder descansar as pernas também né. Porque só o remédio não adianta se continuar sujo só piora! ” (Negro Pastinha).

“Vou quando me machuco, quando arrumo briga... e as vezes quando me tremo todo, dá uma fraqueza, aí é que já sei que isso é fome e cansaço, aí tem que ir né” (Pé-de-vento referindo-se a procura por serviços de saúde).

“O SAMU me leva ou então vô quando sei que não dá mais aí de lá eu sei que me arranjam vaga nas clínicas” (Cazuza referindo-se a encaminhamentos de profissionais da saúde à Comunidades Terapêuticas).

“Lá eu fico bom! Roupa nova, cabelo e barba feita, cura tudo! Ih! Saio outro cara da internação! Quando eu fico né (risos) se acho que tô bom eu saio, não gosto de ficar preso, também quase nunca me deixam ficar porque doutor não gosta de mendigo né dona? ” (Curió relatando experiências de internações hospitalares).

“Olha te juro que depois que saí duma internação na emergência aposentado, eu fiquei mesmo muito feliz porque as vezes a gente precisa saber dos direitos então tu vê, as vezes tu vai por causa de uma doença, mas também, consegue muito mais. Ai sempre que eu tenho dúvida dessas coisas eu pergunto quando eu vô no hospital” (Quincas).

“A gente vai no médico quando tá doente, mas as vezes acaba usando pra mais do que isso, porque várias vezes quando eu fui no médico eu achei muita gente boa, que me ajudou muito, as vezes a gente precisa desabafar, contar as coisas. E se a gente contar pra uma pessoa entendida, tipo pra uma psicóloga ou assistente social, tem chance delas até mais que ouvirem, mas também ajudarem a gente” (Quitária).

Os relatos apresentados assemelham-se aos obtidos na pesquisa de Júnior et al. (1998, p. 57) onde os autores constataram que a procura por serviços de saúde por pessoas em situação de rua relaciona-se, além da questão biomédica, a estratégia de acesso à proteção social. Haja visto, a insuficiência de serviços e recursos voltados ao atendimento às especificidades das demandas deste segmento populacional, nas palavras do autor:

[...] constatou-se que a população de rua procura os serviços de saúde basicamente para receber cuidados de enfermagem ou para o atendimento de

demandas que tradicionalmente eles não as tem incorporadas, tais como fornecer banho, alimentação e alojamento. Os Prontos Socorros, de atendimento diuturno, também são procurados devido à falta de acesso a equipamentos sociais mais apropriados às suas necessidades, ou seja, os albergues, na sua maioria, fecham a partir de uma determinada hora da noite, limitando o acesso para pernoites.

Percebeu-se, portanto, que apesar dos motivos apresentados pela busca por serviços de saúde terem se remetido a fatores de ordem biológica e/ou física, as expectativas pelo atendimento superavam, em boa medida, essa demanda restrita apenas a cura. Através dos relatos foi possível constatar que ao procurar o atendimento em saúde, essa procura remete-se ao atendimento à saúde em sentido ampliado. Na medida em que, conotam expectativas relacionadas a interpretação do serviço de saúde como porta de entrada ao acesso a demandas de ordem diversa.

No transcorrer das entrevistas, fez-se possível compreender que a procura por serviços de saúde está relacionada também a busca pelo acesso a atendimento psicológico, nutricional e assistencial. E, nesta direção, a demanda relaciona-se não apenas ao contexto em que vivem atualmente, mas também a história de vida que carregam consigo.

As experiências de violência, sofrimento e dores, não apenas físicas, mas também morais e psicológicas que carregam consigo, os atingem profundamente. E dessa forma, a procura por serviços de saúde é também apresentada como estratégia de busca por atenção, reconforto e possibilidades de uma escuta profissional que, quem sabe, possa amenizar estes quadros de sofrimento intenso.

Além disso, as expropriações de todas as ordens vivenciadas em seu cotidiano aliadas a escassez de serviços de proteção social existentes se mostram como um dos motivos que levam estes indivíduos a buscar atendimento social nas instituições de saúde. No sentido de requererem não apenas auxílios de ordem material, mas também orientações sociais, previdenciárias que lhes possibilitem o conhecimento acerca de seus direitos e as formas pelas quais possam acessá-los.

5.3 ESTRATÉGIAS DE ACESSO À SAÚDE

Dos dez entrevistados da pesquisa, os oito sujeitos do sexo masculino entrevistados referiram acessar os serviços de emergência

hospitalares quando necessitam de atendimento em saúde. Quanto as duas mulheres entrevistadas, ambas referiram nunca ter procurado serviços de emergência hospitalar, priorizando acesso a atendimento em saúde nas unidades básicas de saúde e nos serviços hospitalares de triagem obstétrica e ginecológica.

No intuito de justificar os porquês da procura de serviços de emergências hospitalares como estratégias de acesso a saúde, os entrevistados elencam através de seus relatos algumas características que consideram importantes nestes serviços. As questões destacadas nesse sentido referem-se, principalmente, a dinâmica de atenção à saúde oferecida nesses serviços, cuja efetivação segue os modelos de “portas abertas” e “portas reguladas ou referenciadas”. O modelo “porta aberta” é prevalente no Brasil e difere-se do modelo de Unidades Referenciadas de Urgências com porta regulada mais voltados ao atendimento de usuários encaminhados de outros serviços fixos ou móveis, conforme apontam Junior et al. (2010, p. 10):

A estruturação da atenção à emergência varia conforme a política de saúde vigente. Há modelos chamados de "porta aberta", caracterizados por demanda espontânea, e os modelos hierarquizados referenciados, definidos como "porta fechada", que se caracterizam pela hierarquização do atendimento de acordo com a complexidade dos recursos necessários para a atenção ao paciente. Os modelos referenciados regularizam, mas não impossibilitam a demanda espontânea. Pode haver a predominância de um modelo no sistema, e o modelo de "porta aberta" é o mais prevalente no País.

Em análise as respostas oferecidas pelos oito entrevistados que afirmaram utilizar os serviços de emergência hospitalar como principal forma de acesso ao atendimento em saúde, percebeu-se que todos destacaram que esta preferência, está relacionada a forma de organização desses serviços. Os aspectos destacados pelos entrevistados acerca das “vantagens” que consideram possuir estes serviços estão relacionados ao atendimento a demanda espontânea à qualquer hora do dia e da noite, haja visto, que funcionam 24 horas. Também à possibilidade de atendimento considerado mais ágil levando em consideração que, na mesma instituição, tem-se a oferta do “serviço completo”. Ou seja, pode-se acessar o exame clínico, a realização de exames laboratoriais, entre

outros, a identificação da demanda em saúde, a medicação e a realização de procedimentos diversos, na mesma instituição.

E além disso, tem-se a possibilidade de acessar, em algumas situações, alguns cuidados de higiene, alimentação e descanso o que possibilita o fortalecimento físico e psicológico, mesmo que temporário, para enfrentar a enfermidade a que estão acometidos naquele momento de fragilidade. Pode-se dizer, portanto, que através dos relatos, foi possível constatar que a procura por estes serviços remete a expectativas relacionadas a demanda “clínica”, considerada no momento da admissão do usuário no serviço (as dores, machucados, etc.), mas também a amenização temporária da situação que ocasiona e agrava essa demanda.

Outra questão apontada pelos entrevistados, acerca da priorização pela procura a serviços de emergência hospitalar quando necessitam de atendimento em saúde, está relacionada a possibilidade de contato com uma variada gama de profissões e áreas de conhecimento. Das quais foram citadas a Enfermagem, o Serviço Social, a Medicina, a Farmácia, a Psicologia e a Nutrição, que possibilitam, portanto, atendimento multiprofissional à saúde. Essa e outras questões apontadas anteriormente, ficam evidentes nos seguintes relatos:

“Vou logo na emergência, porque tem tudo, posso ir lá a hora que eu puder, não precisa aquela história de marcar consulta, e aí não é que só o médico vai olhar o que eu tenho e deu, os enfermeiros ajudam também, se precisa também tem o remédio já na hora lá mesmo. E aí tem assistente social que também vai ver o que a gente precisa, o negócio é completo” (Negro Pastinha).

“No hospital, sempre vai ser melhor não adianta, porque no nosso caso que tamos na rua, só curar ou melhorar ali na hora é pouco, a gente com certeza precisa da assistente social que vai tentar ver pra onde a gente vai, o que a gente quer. Aí vem também a psicóloga que ajuda a gente a pensar nas coisas. Uma vez até me atendeu uma moça muito legal que era nutricionista que tentou me ajudar com a coisa da comida, pra ver se eu controlava os meus problemas de saúde, então assim, é outra história, é serviço completo” (Quincas).

“Olha eu vou mesmo (referindo-se aos serviços de emergência) porque é melhor, é completinho, sai de lá bem melhor, porque no Postinho eles ajudam mas tratam da gente na rua, e tem hora que não dá que o jeito é ficar internado e aí podê ser atendido mais de perto por aquele monte de gente de tudo quanto é área né. Tem os psicólogos lá pra tratá da cabeça da gente, coisa que eu mesmo tô sempre precisando, tu já viu que eu sô meio doidinho né (risos), aí tem vocês lá né as

assistente social, ôh! Que também dão um ganho, sei lá tem de tudo” (Curió).

“Vou sempre no hospital direto, nem tento outro lugar porque lá ta todo mundo a disposição pra atendê num lugar só, já faz exame, consulta, descobre o que tem e trata, se precisa até cirurgia faz. Então é mais rápido e mais fácil e tem mais chance de conseguir as coisas, porque já dorme lá as vezes, as moças já te fazem até a comida especial, até roupa já ganhei numa hora que eu tava precisado mesmo, lá tem um monte de gente que sabe de um monte de coisa diferente e que ajuda a gente, porque a gente precisa né, tu deve sabê” (Pé de Vento).

Destaca-se ainda, que apesar da maior parte dos entrevistados desta pesquisa ter relatado a preferência pelo acesso aos serviços que seguem o modelo “porta aberta”, é importante salientar que um dos entrevistados relatou também suas estratégias de acesso a um serviço de saúde de “porta referenciada”. O entrevistado em questão destacou reconhecer o modelo de “porta referenciada”: *“Aquela emergência que eu vou, mas que só quando é transferência de outra emergência”* (Cazuza). Cuja estratégia de acesso utilizada pelo entrevistado consiste, portanto, na procura inicial por um serviço “porta aberta”. A este respeito o entrevistado Cazuza explica que:

“Eu tenho que ir as vezes quando o bicho pega é lá no Nereu, porque lá já tem os médicos certos pra tuberculose e pra coisa de tosse e das infecção respiratória e coisa que me dá sempre. Mas pra ir lá direto não dá, eles não atendem, então primeiro eu vô no HU, que quase nunca dá pra ficar porque eles não tem muito espaço fechado pra isolar quem tem tuberculose, daí de lá eles me mandam pro Nereu” (Cazuza).

Ou seja, Cazuza refere que para receber atendimento à sua demanda mais frequente, ele já sabe que precisa acessar o Hospital Nereu Ramos, cuja especialidade está direcionada as áreas de pneumologia, tisiologia e infectologia. Sabe também que o serviço atende a demanda de forma referenciada, e assim, como estratégia de acesso busca primeiramente o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, cujo serviço de emergência atende segundo o modelo de “portas abertas”, e, portanto, à demanda espontânea. Desta forma, Cazuza já prevê que devido ao fato do Hospital Universitário não ser referência para o atendimento de doenças infectocontagiosas e, possuir poucos leitos de “isolamento”, sua procura resultará, possivelmente em um encaminhamento para o Hospital Nereu Ramos, o qual desejava acessar.

A partir dessas colocações percebe-se que as estratégias de acesso à saúde via serviços de emergência hospitalar, estão relacionadas à, determinadas características destes serviços. Que segundo o ponto de

vista dos entrevistados, conseguem abarcar de forma mais eficaz as expectativas destes sujeitos, no que concerne aos fatores que os conduzem a procura pelo atendimento em saúde e que estão, por sua vez, relacionados às especificidades da situação de rua.

Destaca-se ainda, que essa estratégia de acesso não é uma característica apenas da população em situação de rua, haja visto que os serviços de Emergência hospitalares são comumente utilizados pelos usuários, de forma geral, como principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. No Brasil, essa busca pode ser explicada também por um fator de ordem histórica, relacionado a um período recente onde a atenção à saúde restringia-se ao atendimento hospitalar, estritamente clínico e, restrito ao processo saúde/doença. E ainda, a um fator cultural, onde, conforme aponta Caetano (2011) “busca-se acesso às consultas com especialistas e atendimento rápido e resolutivo”. O que é agravado também pelo sucateamento da Política de Saúde que se reflete na escassez de serviços que consigam abarcar o atendimento à saúde em sentido ampliado. Nesta direção, corrobora-se com a perspectiva de Marques e Lima (2007, p. 02) quando afirmam que:

A oferta restrita de serviços faz com que o público excedente procure atendimento em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada, sendo que os pronto atendimentos e as emergências hospitalares correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada. Apesar de superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, esses locais reúnem um somatório de recursos, quais sejam consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, enquanto as unidades de atenção básica oferecem apenas a consulta médica.

Entretanto, apesar de parecer à primeira vista que, ao procurar um serviço de emergência hospitalar é possível a atenção às várias demandas da população em situação de rua, essa impressão, na verdade não se concretiza em toda sua plenitude. Essa questão será problematizada a seguir, onde se procurará levantar, a partir dos relatos dos sujeitos entrevistados, quais são os entraves que encontram ao acesso à Política de Saúde.

5.4 LIMITES E DIFICULDADES DO ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Em leituras preliminares sobre a questão dos limites e dificuldades do acesso a saúde pela população em situação de rua, foram identificados variados aspectos que merecem ser considerados para a reflexão que se pretende incitar neste subitem. Tais perspectivas são apontadas por distintos autores de diferentes áreas do conhecimento de forma também diversa que, sob diferentes pontos de vista conceituais buscam atrelar as dificuldades encontradas pela população em situação de rua no acesso a saúde a dois aspectos, quais sejam: as características de vida destes indivíduos e a forma de estruturação dos serviços de saúde. Nesta direção tem-se que alguns autores da área da enfermagem atribuem tais dificuldades às características que apontam como “comuns a este segmento populacional. Estas características estão, por sua vez, relacionadas segundo os autores a dificuldades de adesão a tratamentos e adoção de medidas de promoção e proteção à saúde. Esta questão fica explícita na seguinte passagem em que Canônico et al. (2007, p. 802) afirma que:

Percebe-se que ainda há muita resistência por parte desta população em aderir à unidade de saúde enquanto usuário do SUS e reconhecer que é preciso cuidar da saúde seja para sua subsistência neste modo de vida, seja para sua manutenção enquanto indivíduo bio-psico-social ou até mesmo para ir em busca de seus objetivos, tais como retornar ao mercado de trabalho, à moradia e à família.

Também Rosa, Cavicchioli e Bretas (2005, p. 580) atribuem às dificuldades de acesso à saúde pela população em situação de rua à questão da ausência de atenção à saúde por parte destes indivíduos. O que segundo os autores está relacionado a perda de auto estima e “motivação” que instigam e despertam a necessidade de cuidados em saúde:

A convivência com o povo em situação de rua tem levado a crer, que para muitos, estar na rua significa ter descido ao nível mais baixo do status social conferido a um ser humano. Tal constatação faz com que coloquem em xeque o valor que

atribuem à própria vida. Questionando o significado de sua existência.

Para estes autores a resposta a tais limites encontra-se na qualificação profissional (nestes artigos, restrita ao olhar sob as práticas de profissionais da enfermagem) no sentido tanto de despertar o interesse destes no atendimento a este segmento populacional. Quanto no que concerne a qualificação deste atendimento, ressaltando a necessidade da escuta profissional atenta ao reconhecimento das demandas apresentadas e o contexto social no qual se inserem. Nas palavras de Canônico et al. (2007, p. 802):

Na perspectiva da enfermagem, o trabalho com a população em situação de rua é um trabalho em construção e desafiador. É preciso aguçar nestes profissionais, não apenas o interesse em atender essa população, mas desenvolver a habilidade da escuta, seu principal instrumento de trabalho. Sem conhecer a história da pessoa que mora na rua, suas adversidades e, sem atentar para suas queixas, certamente não será fácil descobrir suas reais necessidades.

Entretanto, para os autores supracitados apenas a qualificação profissional não é suficiente, uma vez que ela deve estar atrelada tanto a “vontade” do usuário em situação de rua, que deve ser incitada pelo profissional da saúde:

[...] é necessário lembrar ao morador de rua sobre as condutas tomadas e reforçar que o tratamento e continuação do acompanhamento dependem mais dele que do próprio serviço de saúde (CANÔNICO et al., 2007, p. 802).

Quanto ao estabelecimento de corresponsabilidades entre poder público e sociedade civil no trato a questão do acesso a saúde pela população em situação de rua:

Desta forma, não é necessária apenas vontade de se realizar uma política pública eficaz, mas são necessárias ações concretas realizadas pelo poder público, privado e sociedade civil em um conjunto, que considerem todos cidadãos e, principalmente,

indivíduos que desejam levar uma vida com qualidade seja ela onde for (CANÔNICO et al., 2007, p. 802).

Também para Rosa, Cavicchioli e Bretas (2005, p. 581), as respostas às dificuldades de acesso da população em situação de rua perpassam a dimensão da qualificação profissional no atendimento a esta demanda. O que para estes autores implica na “revalorização dos valores humanísticos” o que implica segundo esta perspectiva na discussão do assunto sob o ponto de vista da compreensão de quem é esta população, como vive e quais os sentidos que atribuem a suas vidas (ROSA; CAVICCHOLI; BRETAS, 2005, p. 581).

Tais perspectivas conotam, portanto, uma preocupação em buscar a reflexão acerca deste segmento populacional, a fim de qualificar o atendimento prestado pelos profissionais de enfermagem a estes indivíduos no âmbito dos serviços de saúde. Expõe também uma perspectiva de que esta qualificação esteja voltada a possibilidade de compreender quais são os aspectos de seu modo de viver e a forma com que este influencia o processo saúde-doença. Estão voltadas ainda, a uma certa tendência a culpabilização do sujeito por seu estado de adoecimento e responsabilização individual pelos cuidados a saúde. Responsabilização que, por sua vez, deve ser “dividida” também com o poder público e a sociedade de forma geral, que deve, sob esta perspectiva atuar no sentido de proporcionar condições de acesso a melhores condições de vida a este segmento populacional.

Apesar de considerar a importância de tais reflexões acerca da temática, ressalta-se que estas encontram algumas limitações, na medida em que, não se propõem a problematização de aspectos mais abrangentes da realidade. Que abarcam, por exemplo, a reflexão acerca das condições sociais e históricas que permeiam o universo simbólico da sociedade de forma geral sobre este segmento da população. E, ainda, não questionam a forma como tais condições incidem sobre o histórico desinteresse do poder público no trato à população em situação de rua, bem como, a forma como isto influencia tanto na qualidade dos serviços prestados, quanto nas condições de vida e saúde desta população e em suas “motivações” em cuidar da saúde.

Ao tratar da temática das dificuldades de acesso da população em situação de rua à saúde Junior et al. (1998, p. 51) apontam algumas questões que consideram relacionadas a “ineficiência dos serviços de saúde”, segundo os autores:

A assistência à saúde dessa população defronta-se com inúmeras dificuldades, tais como: falta de albergues adequados para a administração de medicamentos controlados; locais para higiene corporal; dificuldades no acesso aos recursos terapêuticos e inabilidade dos profissionais de saúde no trato com este tipo de população. Tais fatos, indicam um rol de ineficiência dos serviços de saúde que demandam respostas técnicas, gerenciais e de políticas setoriais, sobretudo as de natureza intersetorial.

Tal ineficiência está, segundo os autores relacionada, por sua vez, ao histórico descaso para com o atendimento a este segmento populacional, desinteresse este, que possui suas bases na estigmatização conferida pela sociedade a estas pessoas:

Fortes características do morador de rua, a sujeira e o mau cheiro, são utilizados como justificativas para comportamentos e atitudes de rejeição por parte da sociedade. Quanto aos serviços de saúde, estas mesmas características produzem resistências e dificuldades para o atendimento desse grupo populacional (JUNIOR et al., 1998, p. 56).

E, ainda, a ausência de preparo por parte dos serviços de saúde no que concerne ao atendimento às especificidades deste segmento populacional:

A rotina dos serviços de saúde é, em geral, rígida, não levando em consideração as especificidades desses usuários. A burocracia para o agendamento e a exigência de documentos dificultam o acesso dessa população aos serviços (JUNIOR et al., 1998, p. 57).

Nesta direção, os autores supracitados sugerem o desenvolvimento de ações intersetoriais entre os serviços de diferentes níveis de complexidade no âmbito do SUS como resposta aos limites enfrentados:

Como pode-se observar, também esta situação requer diferentes níveis de complexidade tecnológica na organização da assistência à saúde

para se proceda a um cuidado adequado a esta população. Ademais, estas exigências constituem desafios ao Sistema Único de Saúde, pois, muitas vezes, requerem o consenso de ações intersetoriais. [...] Assim para os serviços de saúde permanece o desafio de operacionalizar tecnologias voltadas ao atendimento das necessidades desse grupo, e que, integradas a outras demandas, contemplem o conceito de equidade (JUNIOR et al., 1998, p. 60).

Os autores Carneiro, Jesus e Crevelin (2010, p. 713) compactuam a perspectiva de que os limites ao acesso à população em situação de rua à saúde centram-se na forma de organização dos serviços de saúde. Tais autores reconhecem alguns limites relacionados às concepções de “adoecimento e do processo do cuidado desses indivíduos” que “contribuem para sua não adesão”. Entretanto ressaltam que:

[...] questões referentes à própria organização do serviço exercem papel fundamental no acesso: exigência de documentação, restrição no atendimento da demanda espontânea, limites na atuação intersetorial, preconceitos, entre outras, criam vínculos precários (CARNEIRO; JESUS; CREVELIN, 2010, p. 713).

A este respeito Dantas (2007, p. 135) afirma que:

Apesar dos avanços acumulados ao longo dos anos de sua implantação, o SUS atualmente ainda enfrenta problemas na operacionalização dos serviços, como o processo de trabalho fragmentado, a precária interação nas equipes e o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção. A destacar negativamente no dia a dia dos serviços, o desrespeito aos direitos dos usuários, a formação extremamente tecnicista dos profissionais de saúde e o modelo de atenção ainda centrado na relação queixa-conduta.

Já Bottil et al. (2009, p. 174) buscam compreender especificamente os desafios do cuidado em saúde mental da população em situação de rua, entretanto, apesar da especificidade do tema, os autores expõem

considerações semelhantes as explicitadas anteriormente. E entre suas contribuições elencam dois limites principais ao acesso desta população não apenas à saúde mental, mas à sua atenção à saúde de forma geral:

1) em geral, os serviços de saúde, não apenas no âmbito da saúde mental, são ofertados para a população em geral com área de abrangência específica, não contam com condições de acolhimento e de busca ativa do público que vive nas ruas; 2) casos em que os tratamentos aplicados exigem comportamentos regrados e condições de vida protegidas, como no caso da Aids e Tuberculose. As pessoas que vivem nas ruas dificilmente conseguem adequar-se às exigências de tais tratamentos; por isso acabam piorando em suas doenças, infectando outras e mesmo morrendo nas ruas, por doenças que teriam condições de tratamento em outras circunstâncias menos adversas na mesma condição, estão os tratamentos contra a dependência de substâncias psicoativas.

Percebe-se, portanto, que para os autores pesquisados a temática do acesso da população em situação de rua à saúde está relacionada a dois eixos principais de análise que se perpassam e compõem os pilares das barreiras a tal acesso. Esses dois eixos são: 1) as dificuldades de adesão e adequação à tratamentos e serviços de saúde por parte da população em situação de rua; e, 2) A ausência de serviços de saúde capazes de abarcar as especificidades do atendimento a este segmento populacional, sendo que esta incapacidade está relacionada, por sua vez, a um conjunto de determinantes.

Dentre eles, destacam-se a ausência de estrutura física de acolhimento à estes usuários, principalmente no que concerne a disponibilização de local de permanência para tratamento de saúde e de local para higiene pessoal. O despreparo de profissionais da saúde no atendimento à estas pessoas, cujas ações ainda se encontram direcionadas a atenção à saúde no sentido biologicista sem levar em conta as condições de vida desta população e suas repercussões sobre a saúde. O preconceito e estigmatização social sofrido por esta população, que carrega um peso histórico de descaso e desatenção, e que é refletido também em algumas ações profissionais no âmbito da saúde. A burocratização dos serviços de saúde. E ainda, a ausência de ações interprofissionais no interior dos

serviços de saúde e intersetoriais entre as diferentes políticas sociais afim de proporcionar um atendimento integral à pessoa em situação de rua.

A partir da realização deste estudo, no entanto, uma questão central para análise dos limites e dificuldades do acesso da população em situação de rua à saúde foi sendo desvelada a partir das leituras e das falas dos sujeitos da pesquisa. Esta questão diz respeito às concepções, ou seja, as formas sociais de percepção acerca deste fenômeno.

Nesta direção, tem-se que ao longo da realização deste estudo, a pesquisadora pôde ir pouco a pouco mergulhando neste universo simbólico que paira sobre o fenômeno da população em situação de rua e, que muito se relaciona com a ideologia neoliberal e podem ser constatadas facilmente no cotidiano dos serviços de saúde.

Entretanto, a totalidade na qual insere-se estes limites precisa ser relembrada e, desta forma, concorda-se que há uma dificuldade de adesão à atenção à saúde pelas pessoas em situação de rua. Entretanto, é preciso entender essa dificuldade no contexto histórico, social, político, econômico e cultural no qual se insere, para assim, desvelar a realidade concreta que permeia essa dificuldade. Por isso, é importante o resgate histórico e as características que o fenômeno população em situação de rua assume ao longo da história.

Além disso, entende-se que identificar as limitações dos serviços de saúde no atendimento a este segmento populacional implica refletir acerca de como historicamente esta população foi percebida e tratada. O que por sua vez, implica identificar como a população em situação de rua adquire proporções de um fenômeno social urbano com o surgimento do capitalismo. E de que forma, suas demandas vêm sendo negligenciadas ao longo da história sob a disseminação de uma ideologia que atribui a àquele que está em situação de rua o “título” de vagabundo e não merecedor de proteção social.

Além de compreender quais são as concepções sociais sobre a população em situação de rua, buscou-se também identificar as concepções de saúde o que levou a constatação acerca da existência de duas vertentes distintas de compreensão sobre o tema. Uma que destaca a saúde enquanto ausência de doenças, que atribui ao corpo físico, biológico, ao corpo “máquina produtiva” a necessidade de cuidado, sem levar em conta o contexto e a realidade social na qual este corpo está inserido e que incidem diretamente sobre seu “funcionamento”. E, outra vertente que por sua vez, entende a saúde em seu sentido ampliado, como fruto das condições de vida e, de todo o conjunto de relações sociais, ações e fatores que sobre ela atuam e influenciam.

No contexto da sociedade capitalista as concepções acerca da população em situação de rua como uma população “inútil” remetem a concepção que a ideologia neoliberal dissemina a respeito da “inclusão” pelas vias do trabalho e a normalização da vida e das relações sociais por esta via. Sua concepção sob os pilares da “inutilidade” remete não a necessidade de prestar-lhe atenção e proteção, mas sim, de normalizá-la pelas vias da coerção ou exterminá-la.

Logo, tem-se que a concepção social sobre a população em situação de rua e a ideologia que manipula tal concepção, estão diretamente relacionadas às dificuldades de acesso à saúde. Uma vez que, permeiam o universo simbólico de toda a sociedade, desde o segurança da porta de entrada de um serviço hospitalar até o governante de um município, estado e País. E, em cada instância, vão desenrolando a trama de relações complexas que limita, dificulta e até mesmo impede o acesso a praticamente tudo por esta população.

Acerca das concepções, mais uma ainda necessita ser problematizada, a concepção de urgências e emergências em saúde, na medida em que a constatação acerca da procura por estes serviços como estratégia de acesso, não apenas ao atendimento em saúde, mas, também a rede de proteção social por parte da população em situação de rua, implica a reflexão sobre a forma como essa questão se materializa no cotidiano destes serviços.

Remete a problematização, portanto, da maneira como tal acesso ocorre, pensando nas relações sociais que se estabelecem entre profissionais e usuários no âmbito da saúde. As distintas concepções que permeiam essas relações, e os processos de tensão e conflito estabelecidos no dia-a-dia dos serviços de emergências hospitalares e que podem se tornar barreiras ao acesso à saúde por parte desse segmento populacional.

De acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006), a implantação dos serviços de urgências e emergências no Brasil vem com a finalidade de atender situações que visam à necessidade de intervenções mais rápidas e estruturas mais complexas, tornando-o resolutivo e eficaz. Desse modo, é constituída por

componentes pré-hospitalar fixo¹², pré-hospitalar móvel¹³, hospitalar¹⁴ e pós-hospitalar¹⁵.

Entretanto, quando se pensa na unidade de emergência de um hospital a questão não parece tão simples, na medida em que, muitas são as representações sociais que estes espaços abrigam. E, o que logo se coloca, é uma interpretação, no mínimo dúbia acerca destes serviços, isso porque remete tanto à superlotação e conseqüentemente, as longas horas de espera por atendimento, quanto à possibilidade de um acesso resolutivo devido as condições físicas, materiais, tecnológicas que estes serviços costumam comportar.

Ambas interpretações, portanto, contradizem-se entre si, na medida em que se sabe que na maioria das vezes, a espera por atendimento em uma unidade de emergência será longa. Mesmo assim, tende a proporcionar, de forma geral, um acesso “mais eficaz” e “menos burocratizado”, o que também nem sempre ocorre, entretanto, a interpretação destes serviços por parte dos usuários permanece vinculada a sua “praticidade”. E no caso da população em situação de rua a abrangência do atendimento, no que concerne principalmente a dimensão da integralidade.

Essa interpretação por parte dos usuários do SUS está, por sua vez, relacionada a uma comparação entre unidades hospitalares e unidades de atenção básica à saúde. O processo de agendar uma consulta via Unidade Básica de Saúde (UBS), aguardá-la (por vezes por muito tempo), ir à consulta, para só então, conseguir uma solicitação de exame que também resultará em um longo período de espera por sua realização e resultados. Para então retomar o processo de novo agendamento de consulta, afim de apresentar os resultados de exames. O que pode desencadear em encaminhamentos diversos e complexos, procedimentos cirúrgicos, consultas com especialistas, necessidade de novos e mais complexos exames, entre outros. Encaminhamentos que podem levar a necessidade de madrugar em filas para disputar um “bom lugar ao sol” (ou à chuva,

¹² Pré-Hospitalar fixo: Os componentes Pré-Hospitalares fixos compreendem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF).

¹³ Pré-Hospitalar móvel: O componente Pré-Hospitalar móvel é caracterizado pelo Serviço de Atendimento Móvel as Urgências (SAMU).

¹⁴ Componente Hospitalar: No âmbito dos componentes hospitalares ressaltam-se os leitos e UTI hospitalares.

¹⁵ Componente Pós Hospitalar: Referem-se componentes pós hospitalar a Atenção Hospitalar, os Hospitais Dias e os programas de Reabilitação

ou ao frio...) para o agendamento do qual necessita, face a escassez de vagas disponibilizadas através do SUS. Correndo-se o risco ainda, de não se conseguir o acesso esperado e, ter que tentar novamente no dia seguinte e, quiçá, mais que isso, deparar-se com a indisponibilidade total via SUS dependendo do que se necessita.

Essa verdadeira “peregrinação” pode ser considerada um dos fatores que levam indivíduos a recorrer a serviços de emergências hospitalares, haja visto que, de forma geral, as esperas por atendimento sejam longas, tendem a serem menores do que o enfrentamento a todas as etapas mencionadas anteriormente. Essa estratégia de acesso pode ser também em alguns casos um recurso inevitável, dependendo do contexto geral no qual se insere determinada demanda, e do que esta representa na vida de uma pessoa. Ou seja, certos contextos sociais, podem influenciar na interpretação de uma situação de saúde como algo urgente. Uma demanda urgente pode ser caracterizada pela situação social na qual se insere e, não necessariamente, pelos agravos que acometem a saúde biológica. A este respeito Giglio-jacquemot (2005, p. 124) descreve uma situação que experienciou quando acompanhava o Serviço de Atendimento Móvel a Saúde, que certa vez foi acionado por uma mulher que dizia que sua mãe idosa tossia muito e sofria de tuberculose. Ao relatar a situação a autora demonstra de que maneira, uma tosse, pode, dependendo do contexto geral no qual se manifesta tornar-se uma emergência:

Depois da chegada da ambulância, deu para entender que a paciente que de fato tossia muito e forte, morava com sua filha, genro e três netos, e que, sendo a casa pequena, ela dormia no sofá da sala. As falas do casal revelaram que a mãe tossia, sobretudo à noite, e que seus acessos de tosse perturbavam o sono de toda a família, acordando as crianças e, principalmente o marido que tinha de “levantar todo dia às 5h da manhã” para trabalhar e acabava passando noites em claro. [...] A tosse da mãe tinha acabado de criar uma situação de urgência: estava colocando em risco a sobrevivência e o equilíbrio dessa família pobre que dependia, em grande parte, da condição de trabalho do pai (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 124).

Desta forma a autora supracitada explica que esta situação “enquanto sintoma individualizado e isolado” não seria considerada uma situação grave que requer, por exemplo, a solicitação de um serviço móvel de urgência e uma internação hospitalar. Entretanto, se observada a partir do contexto em que se insere, a situação pode ser considerada grave, na medida em que afetava a mãe, e não apenas isso, “prejudicava física e moralmente toda a família” colocando todos os membros em perigo (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 124).

Nesta direção, os exemplos são vastos, haja visto, que situações corriqueiras como dores musculares, de cabeça, enfim, situações que podem, em tese, ser atendidas através das UBSs acabam, por vezes, tonando-se emergências. Na medida em que, dependendo de uma vasta gama de situações complexas, acabam requerendo uma “resolutividade” urgente. Tais quais, a simples e complexa necessidade de um atestado médico para justificar uma ausência ao trabalho. Enfim, seria aqui impossível de se refletir acerca de todos os motivos pelos quais os usuários procuram os serviços de emergência, pois estes se referem não apenas a questões de ordem social e/ou biológica, mas também a uma infinidade de interpretações, percepções, sentimentos e necessidades subjetivas.

Exemplo disso, pode ser citado, a partir do episódio relatado pelo entrevistado Pé de Vento que conta que certo dia procurou uma unidade de emergência, pois sentia-se muito fraco. Fez a ficha de admissão na recepção e pôs-se a aguardar por atendimento, segundo ele, uma hora se passou, e ele permanecia aguardando, sob os olhares desconfiados de outros usuários que afastavam-se pouco a pouco dele. Relata que, encontrava-se sentado no meio de um conjunto de cinco cadeiras anexas umas às outras, sendo que as duas cadeiras a cada ponta permaneceram vazias durante todo o tempo em que ali permaneceu sentado, mesmo com a recepção lotada e muitas pessoas de pé. Pé de Vento conta que aos poucos, sua visão foi ficando turva e, seu corpo pesado, quando acordou estava em uma maca no interior da unidade, fez alguns exames, entretanto, nenhuma alteração biológica foi constatada. O médico que o atendia a esta altura já conferia-lhe o título de “fingido”:

“Disse que eu era um fingido, que eu não tinha era nada, e disse que aquilo ali não era hotel, e sim, lugar pra atender caso grave de gente que tá morrendo”.

Entretanto apesar do “diagnóstico” biologicista lhe atribuído, Pé de Vento conta que permanecia sentindo-se mal e contou ao médico que não comia nada há quase dois dias e, que, achava que isso é que estava lhe causando mal-estar. Contou, ainda, que desde o princípio acreditava

que seu mal-estar estava relacionado a fome, entretanto, a procura pelo serviço foi sua única opção. Haja visto, que se constituía uma emergência pois, daquele jeito em que se encontrava não estava conseguindo trabalhar e, caso não conseguisse dinheiro ou comida, poderia até morrer. Neste momento, Pé de Vento relata que se sentiu extremamente humilhado:

“Ele olhou pra mim já vi que tava me julgando, aí me perguntou assim: tu é morador de rua né? Aí quando eu falei que sim, ele disse assim, que aquilo ali não era restaurante popular e que era pra eu ir embora”.

Pé de Vento relata então que foi embora caminhando e, sem ter forças para conseguir comida, acabou permanecendo até o final do dia sem comer, fato que o deixou ainda mais fraco. Conta que sem se dar conta de por onde caminhava, devido a condição extrema que vivenciava, acabou sendo atropelado e acordou dentro de uma ambulância do SAMU sendo conduzido novamente ao mesmo hospital para o qual havia ido mais cedo. Entretanto, relata que dessa vez sua situação foi atendida como “emergência”. Ao passo de que, segundo essa perspectiva à saciedade de uma condição básica de sobrevivência, não se constitui uma emergência, mas um atropelamento sim. E, desta forma, percebe-se que a existência de um choque de percepções acerca dos conceitos de urgência e emergência e de saúde, pode se tornar uma barreira ao acesso à atenção à saúde.

5.5 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: PERSPECTIVAS EM CONFLITO

Giglio-jacquemot (2005, p. 19) ao tratar dos conceitos de urgência e emergência, afirma que apesar de ambas palavras serem designadas no dicionário como sinônimas, a biomedicina busca “lhes atribuir um sentido unívoco e operante, propriamente médico”. Desta forma, tem-se que sob o ponto de vista biomédico normativo busca-se enquadrar definições ditas ‘objetivas’ e ‘técnicas’ entre urgência e emergência, que objetivam permitir aos médicos atuantes em unidades de emergência definir prioridades de atendimento e classificar a gravidade das situações apenas sob a luz de parâmetros clínicos.

Segundo a autora supracitada, as tentativas de definições e distinções entre os conceitos de urgência e emergência são bastante imprecisas e, remetem, segundo o modelo biologicista, a separação entre duas categorias de urgência, sendo que destas, umas são consideradas “graves (as emergências) e outras menos graves (as urgências)” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 61). Segundo esta perspectiva a

distinção entre urgência “que pode aguardar atendimento” e emergência que “requer atendimento imediato”, é pautada na observação clínica de alguns “sinais” anátomo-biológicos. Sendo que a observação (ou não) desses sinais no paciente é que costuma determinar o grau da mobilização dos profissionais da saúde em atender a situação apresentada (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 61).

Dentre os sinais identificados por Giglio-jacquemot (2005, p. 61), a partir de observação participante realizada em um pronto socorro da cidade de Marília no oeste do Estado de São Paulo, o primeiro, destacado pela autora se refere a “estar inconsciente ou deitado”. A autora afirma que percebeu que nos casos de pacientes que chegavam de ambulância em macas, ou que desmaiavam antes, ou durante o atendimento, a mobilização por parte da equipe de saúde aumentava e, o caso era classificado como emergência:

Estar desmaiado ou estar deitado são dois sinais – e, especialmente, a perda de consciência – que suscitam um grau elevado de atenção por parte da equipe médica, pelo menos nos primeiros momentos da chegada do paciente. Considerados como indícios a priori, e por excelência, de uma provável emergência, são levados muito a sério e seu poder mobilizador é alto (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 61, grifos da autora).

Outros sinais apresentados dizem respeito a “andar, ficar de pé e falar” que se constituem o contrário da equivalência exposta anteriormente. Ou seja, sob esta perspectiva, avalia-se que se o paciente consegue ficar de pé, se procura o serviço espontaneamente e, para isso, utiliza recursos próprios de locomoção. Ou mesmo, de forma autônoma, consegue falar e andar, isso por si só, já determina que seu caso não é grave e nestas condições “pode esperar” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 62).

Essa questão apareceu de forma bastante evidente na experiência vivenciada por Pé de Vento, quando, logo que chegou ao serviço de emergência (em condições bastante debilitadas, entretanto, caminhando e falando), sua situação foi avaliada como passível de espera. Após uma hora aguardando e sem perspectiva de horário de atendimento, ocorreu um desmaio que suscitou uma mobilização por parte do médico. Naquele momento sua demanda se tornou, portanto, sob a concepção clínica, uma “emergência”. Entretanto, a partir da insuficiência de “provas”, neste

caso, exames clínicos que confirmassem, de fato, a existência de uma doença, a emergência de sua situação foi descartada. E Pé de Vento foi liberado sem o reestabelecimento de condições mínimas de saúde para isso, o que resultou em um agravamento de seu problema de saúde e, em consequências sérias à sua vida que poderiam inclusive ter sido fatais. E assim, após seu retorno, enquanto vítima de acidente de trânsito, Pé de Vento pode então, ser “promovido” a caso grave e, portanto, prioridade mobilizadora de atendimento em saúde – emergência.

Giglio-jacquemot (2005, p. 63) chama atenção a um grande problema dessa avaliação com base em “sinais”: a relegação da maior parte dos pacientes que aguardam atendimento em prontos-socorros a um valor mobilizador baixo. Haja visto, que as situações de acidentes graves, desmaios e mal-estar súbitos e fulminantes são minoria quando comparados às demandas chamadas “urgentes” nestes serviços. Isso leva a longas esperas e, durante estas “o problema/estado de saúde do paciente pode piorar a ponto de virar uma urgência/emergência”. Que foi justamente o que ocorreu com Pé de Vento. E ainda, se o paciente “não sofre consequências tão drásticas, com frequência vivencia um sofrimento e uma angústia provocados ou aumentados pela própria demora do atendimento”. Outro problema destacado ao que se refere a priorização de demandas com base nestes “sinais” diz respeito a total incapacidade destes revelarem o estado real de saúde daquele usuário que aguarda atendimento:

[...] da mesma maneira que nem toda pessoa desmaiada ou deitada está em um estado necessariamente preocupante, nem toda pessoa que fica em pé está necessariamente em um estado bom ou, pelo menos, razoável (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 63).

Com relação aos outros “sinais” observados pela autora supracitada que são utilizados por equipes de saúde para definir uma situação de emergência, destaca-se “estar com um problema repentino”. Segundo esta concepção, a interpretação dada é a de que a demanda/problema de saúde que surgiu há mais tempo está mais apta a esperar, afinal se estava com problema por que não procurou atendimento antes? A autora faz uma reflexão importante nesse sentido:

Este raciocínio talvez seja esquisito para um observador exterior, na medida em que, segundo o

raciocínio exatamente oposto, também se poderia considerar que o problema do paciente acabou se tornando urgente justamente por ele ter deixado passar tempo demais até consultar no pronto-socorro (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 63).

Essa característica é comum à população em situação de rua, conforme problematizado anteriormente, no sentido de que estas pessoas buscam, em geral, atendimento a questões pontuais e, geralmente relacionadas a problemas de saúde pré-existentes ao momento da procura pelo serviço de saúde. E, esta procura está, por sua vez, de forma geral, relacionada ao agravamento desses problemas. Na medida em que, não sendo à atenção e o cuidado à saúde prioridades no cotidiano desses indivíduos dadas as precárias condições em que vivem, acabam procurando atendimento em saúde apenas quando seus problemas de saúde, adquirem dimensões extremas. O que sob a perspectiva biologicista, pode, portanto, indicar que se esse sujeito esperou até agora para procurar atendimento de saúde, ele pode esperar mais.

Ainda com relação a questão da subestimação de problemas/sintomas antigos Giglio-jacquemot (2005, p. 67) problematiza as histórias que ouviu, no período de realização de sua pesquisa, por parte de médicos e residentes de medicina acerca dos pacientes considerados “chatos”. Os pacientes considerados “chatos” sob esta perspectiva, são aqueles que procuraram o serviço de saúde em momentos considerados inoportunos (no meio da noite, em noites de natal, ou ano novo, etc.) por problemas que não eram novos. O que faz parecer que aqueles pacientes procuraram o serviço naqueles horários só para incomodar. Histórias assim, são contadas frequentemente por profissionais da saúde inseridos em serviços de emergência. E os personagens principais costumam ser os chamados “moradores de rua”, em conversas informais com profissionais de diferentes áreas percebe-se relatos pejorativos com relação às pessoas em situação de rua. Cuja motivação está geralmente relacionada às questões de higiene, aos horários e dias da semana considerados “inapropriados” à procura do serviço através de demanda espontânea. E, principalmente, relacionam-se às demandas que conduzem a população em situação de rua à procura pelo serviço de emergência, bem como, a frequência com que procuram atendimento, geralmente em decorrência do mesmo motivo. Motivo este, que quando se refere a problemas de saúde, geralmente, remete a culpabilização do indivíduo por não ter realizado o tratamento conforme a indicação médica recomendada. Estas queixas comuns por parte de profissionais da saúde, quanto à procura de

pessoas em situação de rua aos serviços de emergência, por vezes, bastam para relegar facilmente, sob esta perspectiva, os usuários que se encontram em situação de rua a categoria de “chatos”.

Entretanto, é importante considerar também o cansaço e a frustração dos profissionais que atuam de maneira comprometida no âmbito da saúde e, que não poupam esforços no sentido de propiciar um atendimento humanizado e resolutivo a estes e outros usuários. E, que se sentem também desmotivados a repetirem todo um trabalho junto àquele usuário sem que isso resulte em melhorias nas condições de vida e saúde dessas pessoas. Entende-se a complexidade das relações sociais que se estabelecem entre profissionais e usuários e, que são também, relações humanas permeadas e influenciadas pelo meio cultural, social e econômico sob o qual se estabelecem. Entretanto, entende-se também que a educação em saúde é atribuição de todos os profissionais atuantes nesta área, bem como a preocupação com a luta política em defesa dos princípios estruturantes do SUS. O que remete a reflexão acerca da importância da incitação a um debate crítico na área de saúde, que conduza a não culpabilização dos usuários pelos problemas de ordem política/organizacional dos serviços de saúde. Que estão diretamente associados ao contexto macrossocial no qual se inserem e, nesta direção, tais serviços concretizam-se enquanto reflexos de decisões políticas pautadas sob o paradigma do privilegiamento do mercado em detrimento do fortalecimento das políticas públicas que garantam o acesso digno e de qualidade.

Os outros “sinais” destacados por Giglio-jacquemot (2005, p. 68) dizem respeito a “estar com dor” e “estar com trauma físico”, sendo que o primeiro, ao contrário do que se possa pensar, não se constitui, segundo a autora, para os médicos como mobilizador de atendimento emergencial, isso porque:

Para muitos médicos e enfermeiros, o sofrimento tanto físico quanto moral – sua vivência e expressão – diz respeito à esfera psicológica e, por isso, é desacreditado (“é psicológico”), objeto de desconfiança (“o paciente finge”) e de desprezo (“quem grita, está ótimo”) (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 68).

Essa questão, apareceu também na história narrada por Pé de Vento quando o médico, ao não constatar alterações clínicas no exame

solicitado, relegou o mal-estar relatado pelo usuário à esfera do fingimento.

Com relação ao “sinal”, “estar com trauma físico”, a autora supracitada refere que estes são os que no contexto do pronto-socorro, possuem maior valor mobilizador. Principalmente aqueles que se apresentam impressionantes não apenas em sua aparência por envolverem sangue, fratura exposta, entre outros, mas também em suas histórias que são sinônimos de orgulho e satisfação a quem atendeu e salvou aquelas vidas. São esses os casos que sob esta perspectiva, são considerados “as verdadeiras emergências” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 67).

E nesse sentido, destaca-se a importância do trabalho multiprofissional no âmbito da saúde, na direção de atender os usuários em sentido ampliado levando em consideração sua demanda expressa como um todo integral e complexo, cujas determinações de sua saúde são multifacetadas.

Entretanto, tem-se que no atendimento hospitalar a tendência a biologização dos atendimentos em saúde ainda se faz presente, sendo relegada à figura do médico (a) a capacidade de definir o que “é grave” e o que “pode esperar”, ou seja, entre a saúde e a doença e entre o usuário que necessita de atendimento urgente e àquele que pode agendar consulta na Unidade Básica de Saúde e aguardar atendimento.

Através das falas dos entrevistados, observou-se que a procura por serviços de emergências hospitalares está relacionada não apenas ao atendimento às morbidades físicas, ela é utilizada também como “porta de entrada” aos demais serviços de atenção à saúde de forma ampliada. Ou seja, a procura por um serviço de emergência por uma pessoa que se encontra em situação de rua nem sempre está relacionada diretamente ao alívio de suas dores e doenças. Na medida em que, esta pessoa pode, por vezes, estar procurando também conforto, alimento, atenção e encaminhamentos a serviços sócio assistenciais e previdenciários.

Nesta direção, faz-se importante levar em consideração que apenas a leitura dos sintomas biológicos e, ou clínicos apresentados pelo usuário que procura o serviço de emergência hospitalar, não é capaz de identificar os reais motivos pelos quais este procurou, de fato, tal serviço. Isso porque, a situação que levou o indivíduo à emergência, pode estar condicionada a um ou mais fatores relacionados, por sua vez, a variados aspectos de sua vida, cuja dor ou mal físico, não foram, necessariamente levados em consideração como os mais urgentes no que tange a necessidade de atendimento. Desta forma, conforme aponta Giglio-jacquemot (2005) “para compreender o que constitui uma urgência para os usuários, é preciso se distanciar do que é uma urgência médica”.

Neste interim, a tendência a biologização dos atendimentos, ou seja, a visão apenas clínica no que tange a determinação acerca da gravidade da doença que leve à suposta necessidade de atendimento emergencial, tende a fragmentar o atendimento em saúde, evidenciando-a apenas como ausência de doenças.

Nesta direção, chama-se atenção ao fato de que no contexto hospitalar, a atuação profissional do assistente social em variadas circunstâncias é chamada por outras áreas do conhecimento que compõem a equipe interprofissional e, por gestores institucionais, para atender ao que convencionou-se chamar de “casos sociais”. Ou seja, situações que exigem a “resolução de problemas” de ordem diversa e que extrapolam a dimensão do tratamento do “corpo biológico” ou da psique do indivíduo e exigem a mediação destes com o todo que o envolve e permeia.

Fato este, que em parte, vai ao encontro da proposta do Sistema Único de Saúde alicerçada na concepção ampliada de saúde que versa superar o paradigma mecanicista por constatar a insuficiência do modelo biológico e “reconhecer que as necessidades de saúde não residem unicamente em não estar doente” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 11). Salientou-se que isto, se dá em parte, porque a tendência à segregação e especialização do conhecimento na sociedade moderna leva cada profissão a refletir sobre sua especificidade descolada das demais e, principalmente, na área da saúde, a reflexão acerca do processo saúde/doença descolada de seus determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais:

Assim, a doença, o diagnóstico, a prescrição, são pensados e realizados pela maioria dos nutricionistas, psicólogos, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas como um fim em si mesmos (VASCONCELOS, 2011, p. 443).

Desta forma, a estratégia lançada para superação desta segregação consiste na atenção à saúde por equipes interprofissionais. Entretanto, chama-se atenção para o fato de que, para que esta atenção atinja patamares de efetividade, deve perpassar e ser perpassada pela dimensão da integralidade. Tendo em vista que, apenas a junção dicotomizada de múltiplos saberes em torno de uma dada situação social, não é capaz de, por si só, abarcar a totalidade desta. Neste sentido faz-se necessário que, neste processo, se estabeleçam relações de reciprocidade, respeito,

problematização e reflexão crítica acerca dos diferentes referenciais dos atores envolvidos no atendimento em saúde e dos determinantes da saúde.

Nesta medida, usuários que se encontram em situação de rua e que ao procurar o atendimento em unidades de emergência hospitalar não apresentam demanda clínica latente e/ou considerada urgente são, de forma geral, classificados como “casos sociais”. E nesta condição, a compreensão da saúde em sentido ampliado tende a perder visibilidade perante a equipe interprofissional que, por sua vez, delega o atendimento de tais demandas a uma ou outra profissão especializada, fato que compromete o atendimento interdisciplinar.

Nesta direção, destaca-se, portanto, que dadas as condições de exclusão social e fragilidades de todas as ordens vivenciadas por pessoas em situação de rua, a atenção à saúde destas pessoas voltada apenas para o atendimento médico biologicista não é capaz de atender às suas especificidades e tende a desencadear em entraves ao acesso de saúde e proteção social. Além disso, esse “choque de percepções” motiva um “descompasso manifesto entre as expectativas dos especialistas legítimos da urgência”, ou seja, os profissionais inseridos nesses espaços sócio ocupacionais, em especial médicos (as) e enfermeiros (as) e dos “leigos pacientes” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 14). Fato este, que, corrobora com ações discriminatórias e preconceituosas pactuadas sob o paradigma da legitimidade do saber médico e da ilegitimidade dos determinantes da saúde que se expressam junto às demandas dos usuários.

5.6 O PRECONCEITO COMO ENTRAVE AO ACESSO À SAÚDE

Cada cultura em cada período histórico exprime, suas definições para saúde e doença, além disso, conforme aponta Berlinguer (1988, p. 19) a concepção de saúde/ doença será variável conforme a ótica do observador:

A doença será diferente se for julgada pela própria pessoa ou por parentes ou amigos, ou por quem deve avaliá-la para um emprego, para um alistamento militar, uma pensão por invalidez, ou até pelo médico ao tratá-la.

Segundo esta perspectiva pode-se dizer, portanto, que a concepção de saúde está vinculada a variados aspectos que estão, por sua vez, relacionados a forma de organização cultural, social, política e econômica em vigor. Ou seja, é intrínseca a totalidade das relações sociais

estabelecidas, o que implica, no âmbito do sistema capitalista, em uma concepção permeada por interesses de classes, segundo os quais se permitem julgar socialmente o que é “estar doente” ou “estar saudável”.

Onde lê-se na lógica capitalista\produtivista “estar improdutivo” ou “apto ao trabalho” a partir de pressupostos biologicistas que relegam os demais aspectos que permeiam o conceito de saúde, à esfera da moralidade. E que pactuam com análises pautadas em julgamentos morais valorativos que permitem a disseminação de pareceres que infligem em normativas calcadas na lógica de que: “se tem saúde (aparente, biológica e ou física) não trabalha porque não quer”.

O julgamento moral no âmbito da saúde corrobora com ações discriminatórias que conduzem a desigualdades na atenção a saúde ferindo diretamente o princípio da universalidade do atendimento legitimado pelo SUS. A este respeito Berlinguer (1996, p. 81) ressalta que apesar das transformações mundiais históricas a tendência ao chamado “victim blaming” ou “censura das vítimas” reaparece fortemente na sociedade atual. Impulsionando sob o espectro de força motriz uma desigualdade justificada moralmente. Desigualdade no que concerne o acesso ao atendimento em saúde impulsionado pela culpabilização do sujeito por não “cuidar de sua saúde”. E ainda, desigualdade de acesso às condições sociais e econômicas que segundo Berlinguer (1996, p. 82) podem traduzir-se em “saúde pior” tais como:

A exposição a condições ambientais e de trabalho insalubres, instrução insuficiente, pouco acesso a medicina preventiva e curativa e também menor capacidade de adotar comportamentos mais sadios.

Dessa forma, tem-se, portanto, que o indivíduo que se encontra em situação de rua vivencia duplamente a carência de possibilidades de acesso a saúde, em primeiro lugar, pela própria situação de rua e, em segundo, pela ausência de serviços que contemplem o atendimento às suas especificidades.

O que requer o estudo, apropriação e o desenvolvimento de saberes no que se refere as possibilidades do atendimento à tais especificidades. Requer à análise da situação através da dimensão da totalidade, no sentido de lutar pelo afastamento dos juízos de moral valorativos do cotidiano dos serviços de saúde e, pela aproximação com o exercício profissional crítico e comprometido com a transformação da realidade.

Ao questionar sobre a saúde aos entrevistados, a princípio todos narraram tranquilamente as formas pelas quais buscavam os serviços, ou

seja, a pé, de ônibus, de ambulância. Todos mencionaram quais serviços costumam procurar e porque, bem como em quais situações esta procura pelos serviços tonava-se “necessária”. Até este ponto, percebeu-se que as entrevistas, de forma geral, transcorreram de forma leve, sob a forma de um diálogo fluente com direito a risos, piadas e contação de “causos”. No entanto, nos momentos em que os entrevistados contavam a respeito de suas famílias e motivos pelos quais saíram de suas casas, percebeu-se uma alteração no padrão das entrevistas. Mudanças claras em termos de entonação de voz, expressões corporais e faciais junto aos olhares que pareciam vagar por entre as lembranças de um passado distante para alguns e recente para outros. Os sentimentos, nesses momentos das entrevistas se fizeram transparecer – solidão, angústia, medo, tristeza, saudade e o que pareceu mais intenso: culpa, muita culpa.

O sentimento de culpa foi mencionado por todos os entrevistados em diferentes momentos das entrevistas, a auto responsabilização por determinados fatos/acontecimentos foi destacada, por vezes, justificando atos/conduitas alheios. Essa questão apresentou-se bastante acentuada quando o assunto passou a ser o acesso à política/serviços de saúde. Conforme destacado anteriormente, as explicações acerca de como eles mesmos procuravam acessar os serviços de saúde transcorreram tranquilamente. Entretanto, quando se tratou, a certo ponto dos diálogos, sobre como esse acesso acontece de fato, ou seja, depois que chegam nos serviços como são recebidos e atendidos. O diálogo tornou-se em todas as entrevistas tão truncado e difícil de ser explanado por todos os entrevistados, tanto quanto, no momento em que falavam de suas famílias.

E, nessa direção, tem-se que exposições sobre preconceitos sofridos em serviços de saúde foram apresentadas nos relatos dos oito homens entrevistados, no entanto, percebeu-se que todos, demonstraram certo cuidado ao tratar do assunto. E, mesmo reconhecendo que o preconceito sofrido é injusto, em certo momento da entrevista, de uma forma ou de outra, todos apresentaram falas que remetiam a justificativa do preconceito e, a auto culpabilização por este.

Todos conseguiram identificar alguns limites que a política de saúde apresenta no trato à suas demandas e especificidades, entretanto, não se demoravam a justificar tais limites a partir de algumas características apresentadas, de forma geral, pela população em situação de rua.

Neste interim, reconhecendo as limitações dos serviços de saúde, mesmo assim, destacaram sentimentos de respeito e gratidão, atribuindo

a si mesmos as responsabilidades por tais limites e até mesmo pelas situações nas quais foram vítimas de preconceito:

“Umas vez é difícil de fazer a ficha na entrada ali da emergência, porque eles querem documento, e eu não tenho mais já faz tempo, daí geralmente a mulher da entrada empomba¹⁶ e, aí ela sempre fala que da próxima vez eu não entro. É porque ela sabe que eu sô da rua, mesmo assim ela faz uns comentários malinos, que nem uma vez que ela disse assim: da próxima vez vê se toma um banho, na tua casa não tem chuveiro não? Eu sei que ela fez na malinagem, mas na real, ela tá certa porque também eles não tem culpa se eu não tenho documento, disso daí só quem tem culpa sô eu, que nem da história do banho” (Curió).

“Olha eu nem gosto muito de falar disso daí, porque depois que chega no hospital a gente ouve cada uma mesmo que é de arrepiar, mas olha eu é que não vô também ficá reclamando, porque as oportunidades tão sempre aí, Deus fez esse mundão todo aí pra gente. Então se a gente não soube pegar e jogou fora, o problema é de cada um e ninguém tem nada a ver com isso. Então assim eu só agradeço porque cada um tem o que merece e, mesmo eu não sendo merecedor ainda tem um monte de gente que ajuda” (Pé de Vento).

“Eles não gostam de morador de rua, e aí tratam a gente pior do que tratam os outros, eu sei disso, mas também se isso acontece a culpa é da gente que se deixou ficar assim. E aí eu acho mesmo é que a gente tem mesmo é que dar graças a Deus por tudo que ainda tem, então eu só tenho mesmo é que agradecer às emergências e as pessoas boas que trabalham lá pelo que sempre fazem por mim” (Mestre Manuel).

Esse trecho da fala de Mestre Manuel foi a conclusão da história que contou a respeito de uma das vezes em que procurou atendimento de saúde em uma emergência hospitalar, em decorrência de fortes dores de cabeça. Segundo seu relato, as dores já vinham o incomodando há semanas antes da procura pelo serviço de emergência. Conta que ao chegar às imediações do hospital, imediatamente foi barrado por um segurança que fumava um cigarro por ali. O segurança colocando-lhe a mão no peito perguntou aonde pensava que estava indo. Mestre Manuel conta que explicou ao segurança sobre suas dores de cabeça, ao passo do que este olhando-o dos pés à cabeça disse: *“Isso é ressaca, vô te deixar entrar mas vê se não incomoda lá hein, senão o pau vai comer”*. O entrevistado conta que o segurança o acompanhou até a recepção da Emergência, Mestre Manuel ainda ressalta: *“fiquei lá um tempão e não vi ele fazendo isso com mais ninguém”*.

¹⁶ *fica zangada.

Ao preencher junto a atendente sua ficha de admissão na recepção do serviço, logo recebeu da recepcionista um novo “diagnóstico”: ***“semana passada veio um de vocês aqui e tava com larva de mosca na cabeça, vai ver que é isso que tu tem, porque vocês vivem nessas imundice, quando vem aqui tem que pelo menos tomar um banho viu?”***. Depois da espera pelo atendimento, na consulta com o médico, este lhe disse que sua demanda era para o Posto de Saúde, entretanto, resolveu lhe medicar para dor antes de liberá-lo para ir embora com a seguinte recomendação: ***“esse teu problema se resolve largando a bebida e indo trabalhar”***.

Mesmo em face às circunstâncias relatadas, Mestre Manuel diz compreender que o atendimento recebido é uma “consequência” da forma como vive, e sob tais condições, a maneira como foi atendido se “justifica”. Nestas condições, mesmo havendo sido humilhado, sente-se impelido apenas a agradecer. Essa questão foi também percebida por Nasser (2001) a partir dos relatos dos entrevistados de sua pesquisa, e nesta direção, a autora constata que estes:

[...] acreditam que não devem reivindicar mais, por não merecerem mais, sendo então o pouco recebido, melhor que o nada que tem por receber. Esta interpretação é, por sua vez, reveladora da interpretação de que viver é uma dívida de Deus, à qual tem uma cota de direitos, em contrapartida ao seu dever de contentar-se em receber o que lhes foi destinado por intervenção dos homens, pela via do assistencialismo e da caridade. Sentem-se responsáveis pela desorganização de suas vidas, porque não souberam administrar as possibilidades que Deus lhes deu, acreditando então que o pouco que recebem ainda é muito, comparado ao que, depois de tudo, tem direito por merecimento a receber (NASSER, 2001, p. 246).

Essa questão aparece também fortemente nos relatos de outros entrevistados:

“Não sei se chega a ser assim um preconceito, mas quando eu vô no hospital, o médico primeiro olha daí se diz que eu vô ter que ficar internado, daí já vem o enfermero e bota pro banho. Daí nessas horas já botam as minhas roupas tudo fora no lixo, depois pra ir embora daí eles me arrumam outra. Nessas aí, botaram fora uma camisa que tinha sido a minha mãe que tinha me dado, eu não sei né, mas acho que pros

outros eles perguntam se pode botá fora. Uma vez, que eu fui também, o enfermeiro esfregô as feridas que eu tinha tão forte que me doeu, daí eu reclamei, daí ele disse assim: agora tu reclama né? Mas na hora de tá vagabundiando pela rua, daí tu gosta né? Eu falei pra ele que não era vagabundo, mas depois eu me arrependi, porque o cara tava lá trabalhando, me fazendo um favor, era pra eu ter ficado era quieto mesmo” (Eduardo).

A ótica do favor e da ajuda aparece em todos os relatos dos homens entrevistados na presente pesquisa quando se referem ao acesso a saúde. Sendo a dimensão do reconhecimento do direito, conforme também destacado por Nasser (2001), concebida apenas a partir da perspectiva da equivalência ao merecimento. E o preconceito aparece, desta forma, normalizado, enquanto conduta justificada pelas características da população em situação de rua. Nestas condições, aos profissionais da saúde é conferido o “poder de julgar” haja visto, a “ajuda” que oferecem e, mesmo aos profissionais que não possuem formação no que tange a atenção direta à saúde é conferido esse “poder”, pelo simples fato de serem trabalhadores. Dessa forma, não apenas à medicina e enfermagem (áreas do conhecimento mais citadas pelos entrevistados) mas também aos profissionais da segurança e atendimento de recepção dos serviços de emergência é atribuído o respeito, pois:

“Eles tão lá trabalhando, e querendo ou não, quando tu não trabalha, tu te sente pior e daí acaba intendendo quando eles se metem e querem dizê se tu pode entrar ou não” (Cabo Martim).

“A verdade é que tu te sente com vergonha de reclamar porque no fim das contas eles tão trabalhando, produzindo pra sociedade e tu ta ali mesmo, só incomodando. O trabalho é tudo na vida de um homem quando eles te vêem na rua aí já te taxam de vagabundo que não trabalha e aí nessa hora eles tem mais moral pra ta falando, e eu, menos moral pra ta reclamando. Até porque até ainda pouco, ir no médico era só pra quem tinha carteira assinada, então, é, uma amostra disso daí” (Quincas).

“Os guardinhas da emergência não tem dó mesmo, pra eles a gente é tudo drogado mesmo e merece morrer e não melhorá, mas é o trabalho deles, né? Quem sô eu pra ta falando” (Curió).

“Se eles vê que eu tô ruim da cachaça, credo, já ficam de olho comprido. Me sinto mal com isso parece que sô um bicho nessas horas, mas eles são pago é pra isso aí mesmo” (Eduardo).

Giglio-jacquemot (2005, p. 84) ao analisar o comportamento dos seguranças do pronto-socorro em que realizou sua pesquisa também percebeu a hostilidade e o desprezo com que tratam os pacientes que

chamam de “bêbados” e “drogados”. De acordo com a autora, os comportamentos dos seguranças com relação a estes pacientes remetem a ironia, julgamento de ordem moral e agressividade, nesse sentido ressalta que:

[...] zombam deles com usuários, médicos, enfermeiros cuja cumplicidade, nesses momentos, se assenta nos mesmos preconceitos, amplamente compartilhados. Apesar desses pacientes serem, muitas vezes, coletivamente ignorados, a ponto de parecerem invisíveis na sala de espera do pronto-socorro, eles não deixam de ser discretamente observados pelos seguranças. Porém não é porque seu estado é considerado como possivelmente urgente, ou podendo vir a se tornar sério. Os guardas estão atentos a eles para reprimir, a tempo, possíveis comportamentos julgados não desejáveis, perturbadores, ou ainda perigosos para os pacientes e o pessoal do pronto-socorro (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 84).

E, nesta direção, estes indivíduos que são pejorativamente chamados de “bêbados” e “drogados”:

[...] caem fora da categoria dos ‘pacientes’ e, por consequência, das categorias da ‘urgência’ e da ‘emergência’, pois os seguranças acham que não são doentes na medida em que o estado no qual se encontram, mesmo que ruim, mesmo que grave, é o resultado do que chamam “uma escolha”, em outros termos, estão assim porque “querem”. São viciados e vício não é doença. Eles só atrapalham o atendimento das outras pessoas que, por serem consideradas ‘pacientes’, merecem atenção e cuidado. Assim, é comum ouvir, por parte dos seguranças, frases como: “paciente eu respeito. Agora bêbado e drogado, se encarar apanha” ou ainda, “vim aqui pra trabalhar... e tenho que cuidar de bêbados! E tanta gente aqui morrendo! ” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 84).

Ao refletir sobre os relatos dos entrevistados da presente pesquisa e, sobre os comportamentos dos seguranças apontados em suas falas e, na análise desenvolvida por Giglio-jacquemot (2005) duas questões acerca

do trabalho se destacam. Uma delas aparece de forma clara no relato de Quincas quando afirma que: “*O trabalho é tudo na vida de um homem*” e diz respeito a centralidade do trabalho no mundo dos homens¹⁷, enquanto “condição básica e fundamental de toda a vida humana” (ENGELS, 2005, p. 13). A outra questão, diz respeito a forma como essa centralidade é ideologicamente incutida no universo simbólico dos indivíduos através das bases de fundamentação do capitalismo. Onde o “trabalho é visto como uma expressão fundada na propriedade privada, no dinheiro e no capital” (SILVA, 2009, p. 258).

Tal concepção ideológica acerca do trabalho fundamenta-se na criação e promoção de um tipo ideal de trabalhador que, reflete a imagem do moralmente aceito, digno e honesto. E sob estes termos, compete a cada indivíduo, de forma isolada, encaixar-se nestes padrões e responsabilizar-se por sua vida a partir de suas “escolhas”. Mesmo que, não sejam oferecidas as possibilidades para isso. Sob tal perspectiva as pessoas que se encontram em situação de rua fizeram suas “escolhas” e devem responder por isso. Através de expressões pejorativas, tais como, vagabundos e inúteis, estas pessoas são levadas a acreditarem-se inferiores, perante a superioridade daqueles que conseguiram “se encaixar”. E, nesta medida, o preconceito se rege pela perspectiva de que aquele indivíduo “preferiu” a “liberdade” da rua, que sob estes termos, é tomada quase que, como um crime. Haja visto, que a liberdade é uma virtude que cabe a quem trabalha e, como segundo a perspectiva preconceituosa do senso comum, o indivíduo em situação de rua não trabalha, sua “liberdade” é tomada como um atentado contra a ordem. A respeito da compreensão de “liberdade” no capitalismo Neves (1995) expressa que:

Na sociedade capitalista, se não se vive da apropriação do resultado do trabalho de outrem, não se pode ter a liberdade de viver sem trabalhar. Ou seja, essa liberdade não pode ser a de negar o trabalho. Decorrem então todos os conteúdos morais que dão positividade ao trabalho e ao trabalhador que valoriza o fato de trabalhar. Ao final, o trabalho empresta virtude à liberdade. (NEVES, 1995, p. 65).

¹⁷ O termo homens entendido como humanidade e, não sob a perspectiva de gênero.

As reflexões acerca dos relatos das duas mulheres entrevistadas pela pesquisa levaram a compreensão de que o preconceito foi, justamente, o motivo apresentado por ambas pela não procura aos serviços de emergência hospitalares quando necessitam de atendimento em saúde:

“Eu vejo os colegas aí falando quando vão no hospital, as vez são tratado que nem bicho. Não quero ninguém me tirando pra vagabunda, porque até na ginecologia uma vez me perguntaram se eu era prostituta, eu fiquei sem sabê o que dizê porque fiquei com medo. Eu já fiz aborto também eu sei que essas coisas é crime e Deus me livre ir pra cadeia, era o que faltava, mas nesses serviços que são pra mulher mesmo, eles entendem melhor, acho que na emergência deve ser pior” (Otacília).

“Quando eu preciso, dependendo eu vô no Postinho de Saúde que já tem umas pessoas que eu conheço lá, só não vô é no hospital assim direto porque eu não gosto, tem muita gente, vão tudo me olhar. Assim óh, porque eu trabalho, todo dia tô nas minhas correrias, mas aí eu sei que nessas emergência eles viram a gente do avesso e aí a hora que ver que eu tenho HIV já vão me ver como puta” (Quitária).

Novamente se reflete a questão dos “papéis” de gênero, onde ao homem que está em situação de rua é conferido o papel de “vagabundo”, que “não trabalha”, e à mulher também é conferido esse “papel”, entretanto, com outro valor de ordem moral acrescido: o de “prostituta”. Na medida em que, pelos “padrões” socialmente instituídos em nome da “moral e dos bons costumes” calcada sob os pilares capitalistas com a finalidade de “adestramento” da classe trabalhadora, mulher “de bem” está em casa e não na rua.

Com relação ao acesso de mulheres em situação de rua à atenção à saúde, Tiene (2004) ressalta que as mulheres entrevistadas em sua pesquisa não mencionaram procurar nenhuma instituição de saúde. O que se difere dos relatos de Quitária e Otacília que referiram acessar atendimento em saúde através de Unidades Básicas de Saúde, e serviços ambulatoriais de ginecologia e obstetrícia, ressaltando apenas, a resistência à procura de serviços de emergência hospitalares. Entretanto, os resultados obtidos por Tiene (2004) relativos aos motivos pela não procura de ajuda institucional no âmbito da saúde por mulheres em situação de rua, assemelham-se aos motivos elencados pelas duas entrevistadas da presente pesquisa:

Pode-se entender os motivos dessa recusa devido à situação de vida que é julgada, por elas, como irregular perante a lei ou ainda, perda de tempo

diante da burocracia do serviço, resultante de experiências mal sucedidas nas entidades (TIENE, 2004, p. 131).

A partir das considerações propostas, reflete-se que foi possível constatar, portanto, que há uma valorização da conjugação “direito = merecimento”. Esse “merecimento” que deve ser obtido pelas vias do trabalho formal aparece nas falas dos sujeitos entrevistado, sendo dessa forma, utilizado como argumento para justificar ações preconceituosas por parte de profissionais da saúde. Essa questão parece fazer-se presente, principalmente nos relatos dos entrevistados mais velhos, cujo passado recente da Política de Saúde de baixa cobertura, voltada apenas aos trabalhadores contribuintes, ainda permanece incutido em âmbito ideológico e valorativo. O preconceito foi relatado também como entrave ao acesso aos serviços de saúde, cujo sentimento de vergonha desencadeado por este preconceito impõe uma verdadeira barreira à procura pelo serviço.

Constatou-se também que apesar dos recentes avanços em termos de atenção à saúde da população em situação de rua, o Consultório de Rua¹⁸ não foi mencionado por nenhum dos entrevistados, sendo os

¹⁸ Os Consultórios de Rua, surgiram a partir de “uma experiência idealizada e proposta pelo Dr. Antônio Nery Filho, na cidade de Salvador, Estado da Bahia, Brasil, com ofertas de serviços na modalidade de atendimento extramuros, objetivando promover acessibilidade aos serviços de saúde, assistência integral aos usuários de rua e promoção de laços sociais com enfoque intersectorial. A avaliação dessa experiência realizada entre 1999 e 2006 foi considerada exitosa, permitindo a inclusão do Consultório de Rua no Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), e em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack. A experiência de Salvador passou a ser referência para novos projetos do Ministério da Saúde, contribuindo na ampliação do acesso aos serviços e fortalecimento da rede de atenção à saúde. Assim, sob a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, surgem os Consultórios de Rua, transferindo para a atenção básica o atendimento à população em situação de rua a partir da atuação de suas equipes” (SILVA, FRAZÃO e LINHARES, 2014, p. 01). A partir de sua pesquisa Abreu (2013, p. 147) constatou que o Consultório de rua em Florianópolis “ainda é pouco conhecido entre as pessoas em situação de rua”. E que as ações deste se concentram “na distribuição de materiais educativos, insumos, kit hidratação e atendimentos individuais (orientações e escutas)”. Sendo ainda, identificadas pelos sujeitos entrevistados em sua pesquisa, outras ações do Consultório de Rua como “o encaminhamento para rede de saúde, vacinação contra doenças, escuta e acolhimento, e

serviços de emergência hospitalares apontados por oito dos entrevistados como principal porta de entrada ao SUS e demais serviços que compõem a “rede” de proteção social. O que, não significa, no entanto, que haja uma efetividade concreta desses serviços no que tange à atenção à saúde deste segmento populacional. E, sequer, significa que haja preparo por parte de profissionais atuantes nestes serviços no que se refere ao reconhecimento, respeito e qualidade na atenção às especificidades dessa população. Nestas condições, destaca-se que apesar das conquistas alcançadas em termos de discussão, reflexão e desenvolvimento de propostas de ação no âmbito da saúde com relação ao atendimento à população em situação de rua, há muito ainda a se refletir.

A reflexão neste âmbito, requer atenção à necessidade de fortalecimento dos princípios e parâmetros estruturantes do SUS na realidade cotidiana dos serviços/instituições e, recuperação do conceito ampliado de saúde que, parece esquecido em meio ao corre-corre diário da área da saúde. Enquanto profissionais e usuários permanecerem no embate propiciado pelas diferentes concepções de saúde que possuem, o preconceito e julgamento moral se manterão enquanto uma constante. Haja visto, a segregação das áreas do conhecimento e a delegação das demandas de saúde, que ultrapassam a esfera biológica, à assistência social ou à psicologia, dividindo o ser humano em partes dissociadas e regredindo assim, as conquistas já estabelecidas em termos legais.

Ao tratar das diferentes perspectivas e compreensões de profissionais da saúde, (mais especificamente dos serviços de pronto-socorros) e de usuários desses serviços, Giglio-jacquemot (2005) aponta as disparidades existentes entre as concepções de ambos no que se refere a urgência em saúde. E, demonstra que as expectativas dos usuários ultrapassam à demanda biológica e remetem a apreensão da saúde em sentido ampliado, levando em consideração os determinantes da saúde compostos pelo meio cultural, pelo contexto sócio histórico e ambiente no qual se estabelecem. Já os profissionais (principalmente, segundo a autora, das áreas da medicina e enfermagem) tendem a levar em consideração aspectos estritamente anátomo-biológicos com vistas, a delimitar às demandas que devem ou não ser atribuída aos serviços de emergência.

sensibilização para cuidados com a saúde e higiene pessoal.” O que levou o autor a destacar que ações realizadas “caminham em direção a um cuidado e atendimento de algumas demandas dessa população, mesmo que ainda de forma inicial.” (ABREU, 2013, p. 147).

E nesse sentido, o sucateamento dos serviços de saúde em face de uma política de priorização do capital em detrimento às políticas públicas não é posto à prova. Nem mesmo, a situação social do país que segue os ditames neoliberais e impõe a população precárias condições de vida e, consequentemente, de saúde, sequer é questionada. Sendo a culpa da superlotação dos serviços direcionada à população que, segundo esta perspectiva, não consegue distinguir o que é uma emergência do que não é, e, acaba procurando os serviços de emergência “por qualquer coisa”. E desta forma:

Em sua avaliação negativa dos prontos-socorros, profissionais de saúde e usuários responsabilizam-se uns aos outros, em um face a face que testemunha, antes de tudo, o descompasso existente entre as respectivas expectativas (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 14).

Neste ponto, chama atenção uma diferença que se faz notar nos relatos dos entrevistados da presente pesquisa: estes apesar de reconhecerem que são responsabilizados pelos profissionais da saúde por seus problemas/agravs e demandas. Não responsabilizam, por sua vez, os profissionais pelo preconceito e descaso, principalmente quando suas demandas não são consideradas de ordem biológica. Nesse sentido, parece não haver um empoderamento no sentido do enfrentamento, e sequer no reconhecimento de si mesmos como sujeitos de direito. O que remete a possibilidade de que os padrões e modelos ideais de ser humano construídos historicamente já estejam tão incutidos nos ideários destes indivíduos, que isso os tornem culpados não apenas pela sociedade de forma geral, mas também por si mesmos, da situação das quais, na verdade são vítimas.

A partir desse movimento de culpabilização generalizada de usuários a si mesmos e, de profissionais aos usuários, vê-se transparecer uma questão perigosa no âmbito das políticas públicas, que consiste no esquecimento do direcionamento político às queixas e reclamações. Nesse sentido, o que ocorre nos serviços de emergência consiste apenas em uma pequena amostra da segregação existente em todo o contexto da política de saúde no Brasil. E remete a indagação acerca da real efetividade existente na proposta de criação de serviços/programas de saúde voltados especificamente ao atendimento população em situação de rua. Ou seja, questiona-se se a segregação do atendimento voltado aos grupos populacionais específicos é capaz de atender aos princípios

estruturantes do SUS? Ora, se estes comportam as dimensões da integralidade, universalidade e igualdade no atendimento, então em tese, todo e qualquer serviço de saúde via SUS deve estar preparado para atender todo e qualquer usuário, em todas as suas especificidades.

O que não vem ocorrendo graças as propostas de focalização e fragmentação no âmbito das políticas públicas. Onde o atendimento é dividido, focalizado por grupos ou segmentos da população e o indivíduo, por sua vez, deixa de ser compreendido enquanto todo indissociável, e passa a ser fragmentado junto às políticas e às profissões. Seu estado clínico, social, psicológico é dissociado, separado, e cada uma de suas partes é relegada à atenção de um especialista. E assim, cada uma de suas demandas é delegada a um programa/serviço/política pública específica o que acaba por gerar entraves ao acesso. E acaba ainda, por justificar a culpa ao usuário que no fim das contas “não entende” que aqui só se tratam emergências, que “não é hotel, ou restaurante popular”, porque as condições precárias sob as quais vive em meio a um contexto social que determina e condiciona essa exclusão social “não é” um “problema da saúde”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como principal motivação a constatação dos entraves ao acesso da população em situação de rua à Política de Saúde e, nesta direção, objetivou identificar as estratégias de acesso da população adulta em situação de rua aos serviços de saúde de Florianópolis.

Para tanto, buscou-se através dos referenciais teóricos propostos incitar questões consideradas pertinentes à discussão. Tomando como pressuposto central de análise que para se discutir o acesso é, fundamental a compreensão não apenas dos meandros que o permeiam e, que se relacionam a toda conjuntura macrossocial que o determina e condiciona. Mas também a necessária apreensão acerca das principais características apresentadas pela população adulta em situação de rua e os fatores que levam o indivíduo a esta situação. Considerando-se a essencialidade de se conhecer as apreensões e vivências dessa população, no sentido de que o debate proposto possa se aproximar da realidade.

Nesta direção, destaca-se que este estudo parte da compreensão da população adulta em situação de rua tal qual foi definida pela Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (2009). Como primeira característica apontada pela Política supracitada apresenta-se a heterogeneidade deste grupo populacional, ou seja, é uma população constituída por homens e mulheres de diferentes idades, com características diferentes entre si. Cujas motivações da ida para a rua apresentam-se também variadas e complexas, desta forma, tem-se que este segmento populacional não permite generalizações de nenhuma ordem.

Entretanto, através da realização do Primeiro Censo Nacional e Pesquisa Amostral sobre a População em Situação de Rua, desenvolvido no período entre agosto de 2007 e março de 2008, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em cooperação com a Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura (UNESCO), foram possíveis as delimitações de algumas características apresentadas por esta população. Em estudo desenvolvido pela pesquisadora, em 2011, foram resgatados os dados obtidos a partir Primeiro Censo Nacional e Pesquisa Amostral sobre a População em Situação de Rua e, também, os dados levantados anualmente pelo Projeto Abordagem de Rua¹⁹ de Florianópolis.

¹⁹ Esse Projeto visa oportunizar o resgate de vínculos familiares de crianças, adolescentes e adultos que fazem das ruas seu espaço de moradia e sobrevivência, com segmentos organizados da comunidade (família, escola, unidades de saúde,

Tal resgate objetivou a realização de uma comparação entre os dados, afim de identificar as principais características deste segmento populacional em âmbito nacional e, na cidade de Florianópolis. E constatou que “em Florianópolis, assim como em nível nacional, a população que se encontra em situação de rua é predominantemente do sexo masculino”, sendo 88% do sexo masculino e 12% do sexo feminino na cidade de Florianópolis. Ao passo de que em âmbito nacional a porcentagem é de 82% do sexo masculino e 18% do sexo feminino (FRAGA, 2011, p. 25). Com relação a esta predominância masculina, acredita-se que assim como o constatado por Tiene (2004), e Silva (2009), esta possa estar relacionada aos “papéis” socialmente atribuídos a homens e mulheres. E ainda, ao fato de que as mulheres sentem-se mais expostas na rua, às situações de violência e agressão, questão esta, que foi apresentada pelas duas entrevistadas da presente pesquisa.

Outra característica dessa população, apontada pelo estudo supracitado apontou para a “predominância de pessoas com idades entre os 20 e 40 anos de idade vivendo nas ruas”. E nesta direção, tem-se que em âmbito nacional os dados revelam que “53% dos indivíduos que se encontram em situação de rua têm idades entre 25 a 44 anos”. Já no município de Florianópolis “este número é de 62,9% para pessoas entre 21 e 40 anos” (FRAGA, 2011, p. 25). Acerca desta predominância de pessoas em situação de rua em idade produtiva, Rosa (2005) e Silva (2009) atribuem esta característica às mudanças recentes no mundo do trabalho relacionadas ao agravamento do desemprego e precarização das condições de trabalho. No que tange às características apresentadas, com relação aos sujeitos da presente pesquisa tem-se que de um total de dez entrevistados, oito são homens e sete possuem idades entre 22 e 30 anos, enquanto apenas três tem entre 40 e 50 anos de idade.

A partir desta pesquisa buscou-se também identificar quais foram os principais fatores motivacionais da ida para as ruas. Através dos relatos dos entrevistados da pesquisa e, da problematização proposta à luz dos referenciais teóricos que discutem a temática, tornou-se possível a elaboração de algumas considerações.

Nesta direção, foi possível constatar o quão complexo se faz o movimento de saída de casa e estabelecimento de moradia e subsistência no espaço da rua. Nesta direção, buscou-se trazer à tona os relatos de experiências e vivências narrados pelos entrevistados, afim de identificar quais foram as motivações e quais os processos e relações sociais que

permearam esse processo de ruptura com o espaço doméstico. Pode-se perceber que tais movimentos de ruptura e alterações das formas de vida e sociabilidade possuem influências diretas sobre as condições de vida destas pessoas.

O processo de “saída para o mundo” apresenta-se assim, permeado por relações, sentimentos, ações, atitudes que se estendem as vezes, por anos no ambiente de convívio do indivíduo. Relações truncadas, violentas, desgastadas, enfim, marcadas por sentimentos e atitudes complexas que levam a fragilização e, até mesmo ao rompimento de vínculos familiares, foram apresentadas como fatores motivacionais da saída de casa. O estabelecimento de moradia e subsistência nas ruas foi, no dado momento em que ocorreram, a única saída vislumbrada pelos entrevistados.

A questão social mostrou-se também como motivadora de situações conflituosas e, desgastantes no âmbito familiar, na medida em que a pobreza e o desemprego se apresentam enquanto situações de extrema tensão. Que envolvem não apenas a preocupação com a manutenção de sua subsistência e dos seus, mas também desencadeiam processos de culpabilização e julgamentos de ordem moral, que fazem parte do universo simbólico dos indivíduos atrelado ao contexto sociocultural em que vivem.

A busca por liberdade, por novas formas de interação social, o lazer que vai aos poucos se transformando em vício e mascarando processos de ruptura, as negações de padrões pré-estabelecidos, a fuga de relações construídas sob os pilares da violência, são algumas das motivações trazidas pelos entrevistados. E que levam a concluir que todos os fatores destacados como sendo motivacionais para a ida para as ruas estão relacionados às situações extremas, já agravadas pelo fator tempo e por muitos outros.

Desta forma, destacam-se duas observações, ambas partem de afirmações feitas por entrevistados desta pesquisa. A primeira refere-se a uma frase dita por Mestre Manuel: ***“Ir pra rua não é de uma hora para a outra, as coisas vão se arrastando, até que essa é a única opção”***. Acredita-se que esta frase possa exemplificar o que foi dito até então, e demonstrar que o movimento de ida para a rua não consiste em uma escolha propriamente dita.

A segunda remete-se a frase dita por Quincas e que, a certa medida completa o raciocínio iniciado na fala de Mestre Manuel: ***“Ninguém está na rua porque quer”***. Tais afirmações remetem a desmistificação de um paradigma estabelecido pela ideologia neoliberal no contexto da sociedade capitalista, que induz a afirmativas que levam a culpabilização

do indivíduo pela situação de exclusão social a que é acometido. Delegando a situação de se estar na rua, à esfera da “escolha” e da “opção”, sendo que a apreensão de tais termos de acordo com a forma como aparecem no dicionário, ou seja, como “o ato de optar”, cujos sinônimos são as palavras “predileção”, “preferência”, “alternativa”, “vontade”. Não se constituem, portanto, enquanto termos fidedignos a realidade concreta vivenciada pelos sujeitos no que concerne ao estabelecimento de moradias nas ruas, pois, como claramente expressou Curió, *“até parece que alguém escolheu estar na rua”*. A partir destas problematizações, o estudo empreendido buscou situar a população adulta em situação de rua enquanto um fenômeno social urbano que tem sua gênese, tal qual o concebemos na atualidade, junto ao surgimento e desenvolvimento do sistema capitalista. Sendo o fenômeno considerado, portanto, como fruto das condições de pauperização e desemprego da classe trabalhadora ocasionados pela introdução do capitalismo. E, nesta direção, o fenômeno da população em situação de rua expressa as desigualdades resultantes das relações sociais capitalistas que, por sua vez o determinam e agravam.

Pautada sob a perspectiva de Silva (2009) essa compreensão remete, portanto, ao surgimento da população adulta em situação de rua, segundo às características que possui na atualidade, junto a instauração do sistema capitalista. A partir da expropriação das terras camponesas, e surgimento das cidades industriais, com consequente migração do campo para as cidades gerando uma situação caótica de desemprego em massa, haja visto, a impossibilidade de absorção de toda mão de obra disponível. Em face da situação de desemprego crescente e precárias condições de vida, muitos indivíduos passaram a fazer das ruas seu local de moradia e trabalho informal, voltado à manutenção da subsistência.

Desde então, observa-se a cada período histórico subsequente o aumento considerável no número de pessoas em situação de rua, tendo em vista que os contextos sócios históricos se alteram, entretanto, as bases de fundamentação do capitalismo permanecem as mesmas. Fundamentado sob os princípios de acumulação de capital através da superexploração da força de trabalho o capitalismo se cria e recria sob os mesmos pilares de sustentação. No intuito de manter suas bases, desenvolvimento e, manutenção o sistema capitalista lança mão de estratégias muito bem estruturadas, através de ideologias que versam o fortalecimento do mercado em detrimento à atenção à “questão social” que com ele se instaura e agrava.

Com vistas à acumulação de capital através da exploração da força de trabalho o capitalismo necessita do “adestramento” da classe

trabalhadora, para evitar assim, o questionamento ao sistema e às lutas sociais. E, para isso, necessita de uma ideologia sólida que estabeleça padrões morais de “trabalhadores modelo”. Esses trabalhadores “padrão”, no entanto, também não se encontram “seguros” em seu trabalho, na medida em que, temem o desemprego. Isso se dá em decorrência do estímulo exacerbado a competitividade, que permite ao capitalista exigir mais do trabalhador ao menor custo, ao cabo de que caso o trabalhador não aceite a sujeição à exploração, ele pode facilmente ser substituído. Haja visto, a grande extensão de desempregados que aguardam uma “oportunidade” no âmbito do assim chamado “trabalho formal”.

E sob esta perspectiva, o capitalismo necessita da população em situação de rua para exemplificar aos trabalhadores a face mais cruel e desumana do desemprego. Ao passo de que criminaliza e estigmatiza essa população, solidificando através da ideologia dominante a personificação desses sujeitos como “vagabundos”, cuja culpa pela situação de miséria e exclusão social experienciada é atribuída aos próprios indivíduos que a vivenciam.

Na contemporaneidade, o desemprego é ainda, referenciado como um dos principais motivos que levam pessoas à situação de rua. Agravado pelos princípios do neoliberalismo que encerram um acirramento ainda mais intenso de competitividade e individualização das relações sociais. Onde a responsabilização pelas condições sociais é delegada ao plano individual, sem que haja o oferecimento de um cenário político, social e econômico que possibilite ao indivíduo o cumprimento de tal encargo.

Desta forma, seguindo-se os ditames neoliberais de incentivo ao mercado apresenta-se um aceite a prerrogativa do Estado mínimo no que se refere a gestão, financiamento e execução das políticas públicas brasileiras. Este quadro que se agrava na atualidade, faz parte de todo o processo sócio histórico do país e, ainda se faz predominante mesmo em face às conquistas obtidas no âmbito da seguridade social através das lutas políticas, cuja efervescência foi intensa principalmente nas décadas de 1970 e 1980 pelo processo de redemocratização do Brasil.

Com relação a Política de Saúde que tem suas principais conquistas através da implementação da Constituição federal de 1988 e do Sistema Único de Saúde, tem-se que o ataque a sua concretização faz-se constante. Ano após ano, um novo modelo de privatização surge no âmbito da saúde, mascarados pela ideologia neoliberal, esses processos de privatização dos serviços de saúde são propostos através de estratégias perversas. Estas estratégias remetem ao desmonte dos serviços através de cortes orçamentários da Política de Saúde, falhas de gestão, não contratação de servidores, entre outros. E desta forma, o Estado apresenta em números

sua “ineficiência” e “necessidade” de repassar suas funções no âmbito das políticas públicas à iniciativa privada. Esta por sua vez, atua segundo os moldes do capital e prioriza a obtenção de lucros em detrimento à garantia de acesso à população. Essas formas de se “fazer” política tem como principais afetados os usuários e os profissionais, onde os primeiros vivenciam os entraves ao acesso às Políticas e os segundos, a sobrecarga exacerbada de demandas e, assim, ambos, experenciam o desmonte de seus direitos sociais na conformação do que compõem conjuntamente: a sociedade civil.

No âmbito da proteção social à população em situação de rua foram constatados alguns avanços que em parte, atendem às reivindicações do Movimento Nacional de Luta e Defesa dos Direitos da População de Rua. Sendo destacados no decorrer do presente estudo os avanços atingidos em termos legais, tais como, a alteração na LOAS cuja conquista remete a inclusão da obrigatoriedade da formulação e implementação de programas direcionados a este grupo populacional. A instituição do GTI voltado a elaboração de estudos nesse âmbito e que, resultou na realização do Primeiro Censo Nacional e Pesquisa Amostral sobre a População em Situação de Rua. Que por sua vez, ofereceu as bases para a elaboração da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua implementada em 2009.

A Política referenciada tem aberto um escopo importante para a implementação de medidas e programas no sentido das ações estratégicas propostas. Entretanto, apresenta ainda, pouca efetividade em âmbito nacional, estando em boa medida, sendo gradativamente implementada nas esferas municipais. Entretanto, a concreticidade em termos práticos ainda está bastante restrita a algumas ações e serviços que encontram-se em processo de amadurecimento. Sendo que, está maturação dos serviços depende do aprimoramento das discussões, estudos e pesquisas neste âmbito em decorrência da complexidade e das especificidades apresentadas pela população em situação de rua.

A partir desta pesquisa fez-se possível constatar que a concepção dos entrevistados acerca do conceito de saúde extrapola o sentido biologicista que considera a saúde enquanto ausência de doenças. Todos os entrevistados relataram sua compreensão da saúde enquanto resultado de um conjunto de determinantes e, através de seus relatos propiciaram uma aproximação com a realidade cotidiana do “estar na rua”.

E, desta forma, foi possível constatar que a saúde destes indivíduos é diretamente condicionada pela situação de rua, no que concerne as privações de alimentos, roupas, calçados, enfim de todos os recursos materiais. E, principalmente, no que se refere as privações de direitos

sociais igualitários e de condições de acesso ao atendimento de suas demandas. Tais privações estão, por sua vez, relacionadas as concepções disseminadas pela ideologia capitalista acerca deste segmento populacional, e que está presente em toda a sociedade. E, induz a perspectiva acerca destas pessoas como sendo a escória da humanidade, a face do perigo e a mazela digna de desprezo que deve ser eliminada e não protegida. Esta forma de conceber a população em situação de rua se reflete no âmbito dos serviços de saúde através do histórico desinteresse governamental na qualificação dos serviços para atenção a este segmento da população de forma equânime.

A partir desta pesquisa constatou-se ainda, que a maior parte dos entrevistados busca atendimento em saúde através dos serviços de emergência hospitalares, fato este, que é comprovado empiricamente pela pesquisadora no cotidiano de exercício profissional. E que esta procura está diretamente relacionada às características gerais desta população, no que se refere ao cuidado à saúde, e, a forma como se estruturam os serviços de emergências hospitalares.

Desta maneira, foi possível refletir acerca dos motivos elencados pelos entrevistados pela procura destes serviços que remetem aos horários de funcionamento, a menor burocracia, a possibilidade de acesso a todo o atendimento em um mesmo espaço e a atenção multiprofissional.

A demanda por pessoas em situação de rua no serviço de emergência hospitalar no qual a pesquisadora insere-se como profissional é frequente, percebe-se que estes usuários chegam em condições precárias de saúde. Geralmente apresentam feridas nos pés decorrentes das longas caminhadas que empreendem diariamente, tem dor, cansaço, fome, sede, necessidades básicas a suprir, dúvidas e desejos.

A partir do diálogo estabelecido com algumas destas pessoas foi possível perceber que estes, apesar de geralmente procurarem o serviço de emergência quando são acometidos por algum problema de ordem física ou biológica, empreendem também, expectativas ao serviço de saúde que ultrapassam a necessidade imediata da consulta médica ou curativa, e abarcam uma série de demandas. O que por vezes, sugestiona a expectativa por parte dos usuários, de que estes serviços que funcionam de “portas abertas”, possam ser verdadeiras portas de entrada a outros serviços de proteção social, considerados de acesso mais difícil.

E, sob esta perspectiva, pode-se concluir que a procura por serviços de saúde por pessoas que se encontram em situação de rua extrapola o atendimento do problema evidenciado clinicamente. E, a procura de serviços de emergência constitui-se enquanto um reflexo disso, na medida em que, por vezes não há como esperar, mesmo a demanda não estando

inscrita biologicamente no corpo, ela existe, e ao se levar em conta o contexto geral no qual se manifesta, ela torna-se urgente.

E, nesta direção, o preconceito aparece como principal entrave ao acesso desta população aos serviços de saúde, que apesar de em tese, atenderem à Política de Saúde estruturada sob os pilares do Sistema Único de Saúde, possuem ainda as marcas de um passado recente e, a influência da atual conjuntura incutidas no âmbito do atendimento cotidiano. A ausência de efetividade no que concerne as estratégias de atendimento à saúde de forma integral, universal e equânime se fez notar através dos relatos dos entrevistados, demonstrando através de suas experiências no âmbito dos serviços de saúde as ações segregadas e, pautadas no saber médico. E, fazendo-se transparecer uma realidade onde o juízo de valor moral determina o acesso e, a aparência é quem determina o merecimento ao direito social.

A partir do trabalho junto a esta população fica nítido que suas demandas não são apenas por alimento e roupas, basta pensar um pouco acerca da complexidade do ser humano. Ou seja, para obter realização pessoal, política e social um ser humano necessita sentir-se útil, criativo, amado enfim, a lista de sentimentos seria imensa e não poderíamos citá-la aqui por completo, justamente por ser infinita. Agora imagine como torna-se complexo alguém que encontra-se sem referenciais, sem motivações, alguém que já sofreu com as piores mazelas de um sistema exploratório como este em que vivemos. Por vezes acredita-se que este sujeito foi jogado ou mesmo jogou-se para fora do sistema, engana-se, ele não está a margem, ele não está fora, ele está ali, muitas vezes, não é visto, mas está ali. Histórias riquíssimas, com conteúdos que levam a compreensão, de uma realidade abafada em meio ao silêncio e a vergonha.

O quadro que apresenta-se hoje no que tange o atendimento à população em situação de rua está ainda longe de ser o ideal. E, nesta direção, tem-se que a intenção da presente pesquisa não se constitui enquanto a crítica desmedida e desinteressada, pelo contrário, compreende-se que a crítica é o primeiro passo, pois é a identificação do problema.

Iniciativas privadas e ou particulares no trato da questão amenizam sim, demandas urgentes desta população, mas não as resolvem, bem como, determinadas iniciativas do poder público, remediam, amenizam, mas não costumam ir ao cerne das questões.

O Estado no que tange a questão da população em situação de rua não tem traçado planos e metas de ação que proporcionem acesso à cidadania à estas pessoas. Enquanto isso, a passos rápidos a desigualdade

social e a pobreza se agravam, levando um enorme contingente da população a demandar serviços sociais, e em contrapartida tem-se a escassez do papel do Estado na prestação de serviços e benefícios sociais. Conforme sinalizado por Yazbek (1993, p. 18).

Falar de população de rua no Brasil, em pleno fim de milênio, é falar, também, de atraso histórico, descaso, ineficiência, e mesmo, de ausência de políticas públicas e de direitos de setores empobrecidos e oprimidos da sociedade brasileira. Com a crise do Estado, sua parcela de responsabilidade vem sendo reduzida, fazendo com que parte da questão social passe a ser enfrentada pela sociedade civil, por meio das organizações não governamentais, fundações, entre outras.

Nesta direção, pode-se destacar que alguns fatores são fundamentais no atendimento das demandas da população em situação de rua, dentre elas, destacam-se a intersetorialidade. Ou seja, a efetivação da interligação entre as políticas públicas para atendimento completo ao cidadão que encontra-se em situação de rua, tendo em vista, que estando nesta situação todos os aspectos de sua vida de forma geral, encontram-se comprometidos.

A partir do estudo desenvolvido pode-se perceber que o fenômeno população em situação de rua é composto por um grupo populacional heterogêneo e como tal, os problemas de saúde aos quais são acometidos são também diversos. E, estão, por sua vez, relacionados à suas condições de vida e a ausência de políticas públicas capazes de atender à suas especificidades e responder à suas demandas de forma integral. Além disso, percebeu-se que muitos problemas de saúde são agravados em decorrência do que é tomado por alguns pesquisadores sob o ponto de vista da “recusa” e ou, “resistência” à procura por atendimento em saúde.

A partir do relato dos entrevistados da presente pesquisa percebeu-se que tal “resistência” encontra-se relacionada a estigmatização e preconceitos sofridos por estas pessoas ao procurarem atendimento nos serviços de saúde. Seja pelo tratamento diferenciado que recebem em tais serviços, simplesmente pelo fato de encontrarem-se em situação de rua e, desta forma, serem pré-julgados como “casos perdidos”. Cujo descrédito social quanto à suas capacidades morais de “cuidar” do próprio corpo e saúde apresentam-se enquanto agentes desmotivadores da atenção em saúde ofertada por profissionais no âmbito da saúde. Seja em virtude da

“não compreensão” por parte de profissionais da saúde acerca da legitimidade de suas demandas ao âmbito da saúde, pelo fato destas abarcarem uma série de elementos e necessidades que ultrapassam a demanda estritamente clínica. E englobam todo o contexto social, cultural e psicológico ao qual esta população está exposta e, nestas condições, tais demandas, remetem ao exemplo claro do que se entende por saúde em sentido ampliado.

Tal constatação remete a compreensão de que é preciso que haja a capacitação contínua dos profissionais que atuam junto a este segmento populacional com incentivo a pesquisa e, aprimoramento que levem a compreensão ampliada acerca do fenômeno. Isto, para que este profissional proponha e tome atitudes politizadas e politizantes no trato a este segmento populacional. Tendo em vista, que o conhecimento é uma importante ferramenta para o desenvolvimento de novas estratégias que permitam o acesso aos direitos fundamentais a todo cidadão.

As falas dos sujeitos entrevistados e o percurso metodológico seguido pelo presente estudo permitiram a observação da não efetividade da concretização dos princípios do SUS na atenção à saúde da população em situação de rua. Percebeu-se que as formas de contato dessa população com os serviços de saúde, revelam uma série de iniquidades no acesso à assistência.

Como resposta a esta questão, os Consultórios de Rua foram a estratégia de enfrentamento a esta situação e melhoria da condição de acesso à saúde pela população em situação de rua. Entretanto, na cidade de Florianópolis tal iniciativa recente ainda apresenta sérios limites de abrangência e possibilidades de atender a toda a demanda da cidade, dadas suas condições de financiamento. Situação esta, apresentada como realidades aos serviços de atenção básica de forma geral.

Nesta direção, ressalta-se que pensar a concretude dos princípios do SUS no atendimento à população em situação de rua impõe refletir acerca de que tipo de acesso se está disponibilizando para atenção à saúde desta população.

A partir da pesquisa desenvolvida constatou-se que os serviços de emergência em saúde constituem-se como principais portas de entrada aos serviços de saúde e proteção social a este segmento populacional.

Contatou-se ainda que, apesar destes serviços serem considerados como portas de entrada ao atendimento à saúde no âmbito do SUS pela população em geral, no caso da população em situação de rua algumas particularidades se destacam.

Dentre elas, o preconceito por parte de equipes de saúde ganhou destaque prioritário nas falas dos sujeitos entrevistados. Entretanto,

muitos aspectos merecem destaque, dentre eles, as dificuldades encontradas por estas pessoas na manutenção e continuidade de tratamentos em saúde, especialmente os que requerem uso regular de medicamentos. A ausência de serviços que comportem a demanda de pessoas em situação de rua dependentes para a realização das atividades da vida diária. A ausência de articulação entre a política de saúde e de assistência social no atendimento a esta demanda. O não reconhecimento por parte de equipes de saúde acerca de suas “emergências” relacionadas ao contexto social no qual inserem-se estes usuários.

Sendo estas e outras questões que se materializam na vida cotidiana destes indivíduos que tem suas demandas fragmentadas, consequências do desinteresse político para com estas pessoas cujo acesso a saúde e proteção social não lhes é garantido. E, cuja ausência total de garantias é justificada com base em uma ideologia que atribui a necessidade de proteção ao merecimento ou a piedade. O que remete a população em situação de rua adulta a esfera da culpabilização e do não merecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO, Kênia Cristina Lopes. MIOTO, Regina Célia Tamaso. **As Configurações da Família Brasileira Contemporânea e os Impasses na Conciliação entre as Responsabilidades Familiares e o Mundo do Trabalho.** In: Serviço Social: Questão Social e Direitos Humanos. Editora da UFSC, 2014.

ABREU, Deidvid de. **Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua. Dissertação.** Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. **Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua.** In : Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia. Volume 15, nº 03, 2011. Disponível em: <<http://etnografica.revues.org/1068>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

ALVES, Marília; RAMOS, Flávia Regina Souza; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência.** Texto Contexto Enfermagem, v. 14, n. 3, p. 323-331, 2005.

ANTUNES, Ricardo. **Dimensões da Crise e Metamorfose do Mundo do Trabalho.** In: Serviço Social e Sociedade, nº 50, 1996.

ARISTIDES, Jackeline Lourenço. LIMA, Josiane Vivian Camargo de. **Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer.** Rev. Espaço para a Saúde v.10, n.2, p. 43-52, jun. 2009.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **Democracia e Saúde.** In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BERLINGUER, Giovanni. **A Doença.** São Paulo: Hucitec, 1988.

BERLINGUER, Giovanni. **Ética da Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

BOTTIL, Nadja Cristiane Lappann et al. **Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health 1.2 (2009).

BRASIL. **Constituição. Constituição da república Federativa do Brasil**. 1988.

_____. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da união, v. 128, n. 182, 1990.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **LOAS: Lei Orgânica de Assistência Social**. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Urgência e Emergência: sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência**/Brasília, 2001.

_____. Presidência da República. Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 11.258 de 30 de dezembro de 2005**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11258.htm>. Acesso em: 01 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3.ed. Brasília Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://projektorua.gempo.com.br/wp-content/uploads/2013/06/Pol%C3%ADtica-nacional-para-inclus%C3%A3o-social-da-popula%C3%A7%C3%A3o-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-rua.pdf>> Acesso em: 12 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização** 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.305/GM/MS**. De 24 de dezembro de 2012, que instituiu o Comitê Técnico de saúde para a população de rua;

BRAVO, Maria Inês Souza. **Políticas Públicas de Saúde: a experiência de articulação entre ensino, pesquisa e extensão. Interagir: pensando a extensão**. Rio de Janeiro: UERJ, DEPEXT, 2006.

BULLA, Leonia Capaverde; MEDEIROS, Maria Bernardete de Moraes; MENDES, Jussara Maria Rosa; PRATES, Jane Cruz. **A Exclusão Social como uma das manifestações da Questão Social no Contexto Brasileiro**. In: As múltiplas formas de exclusão social. EDIPUCRS, 2004.

BURSZTYN, Marcel. **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro, Editora Garamond, 2003.

CAETANO, Patrícia da Silva. **O serviço de emergência sob o prisma da integralidade: um olhar para além das demandas biomédicas**. 2012. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Modalidade Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Área Urgência e Emergência) – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis.

CANÔNICO, Rhavana Pilz et al. **Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo**. Revista Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo vol.41. São Paulo Dezembro de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000500010&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jan. 2015.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

COIMBRA, Cecilia. **Operação Rio: o mito das classes perigosas: um estudo sobre a violência urbana a mídia impressa e os discursos de segurança pública**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor; Niterói, Intertexto, 2001.

CRUZ, Marcelo Santos; VARGENS, Renata Werneck; DE LEÃO RAMÔA, Marise. **Crack. Uma abordagem multidisciplinar.** Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 4. ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas: SENAD, 2011.

ENGELS, Friedrich. **Sobre o Papel do Trabalho na Transformação do Macaco em Homem.** In: ANTUNES, Ricardo (org.). **A Dialética do Trabalho: Escritos de Marx e Engels.** 2ª ed. Editora Expressão Popular, São Paulo, 2005.

ESCOREL, Sarah. **Vidas ao Léu. Trajetórias de Exclusão Social.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política Social do Estado Capitalista: As Funções da Previdência e da Assistência Sociais.** Editora Cortez/SP, 6ª ed. 1991.

FERREIRA, F.P.M.; MACHADO, S. **Vidas privadas em espaços públicos: Os moradores de rua em Belo Horizonte.** Serviço Social & Sociedade. São Paulo, v.27, n.90, 2007.

FRAGA, Patrícia. **"A rua de todos": um estudo acerca do fenômeno população em situação de rua e os limites e possibilidades da rede de proteção no município de Florianópolis.** Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. **Urgências e Emergência em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisas.** 3ª edição. São Paulo: Atlas, 1991.

GRANEMANN, Sara. **Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital.** In: Revista Cadernos de Saúde. Saúde na Atualidade: Por Um Sistema Único de Saúde Estatal, Universal, Gratuito e de Qualidade. Rio de Janeiro UERJ. Rede Sirius, 2011.

GUARESCHI, A. Pedrinho. **Pressupostos Psicossociais da Exclusão: Competitividade e Culpabilização.** In: As Artimanhas da Exclusão, Análise Psicossocial e Ética da Desigualdade Social. Editora Vozes/SP, 2ª ed. 2001.

HALMER, Edith June. **Pobreza e Política: Os Pobres Urbanos no Brasil – 1870/1920.** Edunb: Editora da Universidade de Brasília, 1986.

HILLAL, Josephina. **Relação Professor – Aluno: Formação do Homem Consciente.** São Paulo. Editora Paulina, 1985.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Trabalho e Indivíduo Social.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IANNI, Octavio. **Capitalismo, Violência e Terrorismo.** Rio de Janeiro: Editora Civiização Brasileira, 2004.

JUNIOR, Nivaldo Carneiro et al. **Serviços de Saúde e População de Rua: Contribuição para um Debate.** Revista Saúde e Sociedade, 1998. p. 47-62.

JUNIOR, Mário Sérgio Adolphi et al. **Regulação Médica em Emergência Pela Plataforma Web: um estudo piloto.** In Rev. Saúde Pública vol.44 no.6 São Paulo 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102010000600011&script=sci_arttext> Acesso em: 15 mar. 2014.

KASPER, Christian Pierre. **Habitar a Rua.** Tese de Doutorado na Universidade de Campinas, São Paulo, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2006. Disponível em: <http://cteme.files.wordpress.com/2009/06/kasper_2006_habitar-a-rua_tesedoutifch-unicamp.pdf> Acesso em: 08 jul. 2014.

KOGA, Dirce. **Medidas de Cidades: entre territórios de vida e territórios vividos.** São Paulo, Editora Cortez, 2003.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005. LUKÁCS, Georg. **História e Consciência de Classe: Estudos de Dialética Marxista**. Lisboa: Escorpião, 1974.

LIMA, Lilian Moura de et al. **Estigma e Tuberculose: olhar dos agentes comunitários de saúde**. Revista Cuidado y Salud/KAWSAYNINCHIS - ISSN 2409-2312 junho de 2014. Disponível em: <<http://eeplt.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/view/11/10>>. Acesso em: 19 dez. 2014.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da História: Pobres, Escravos e Deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro. Editora Lamparina, 2008.

LUKÁCS, Georg. **História e Consciência de Classe: Estudos de Dialética Marxista**. Lisboa: Escorpião, 1974.

MAIA, Joviane Marcondelli Dias; WILLIAMS Lucia Cavalcanti de Albuquerque. **Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área**. Revista Temas psicol. v.13 n.2 Ribeirão Preto dezembro de 2005.

MARQUES, Giselda Quintana. LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde**. Rev Latino-americana de Enfermagem, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2014.

MARX, K. **O Capital**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1984.

_____. **O Capital**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2002. (Livro I, v. I.).

_____. **O Capital: crítica da economia política**. São Paulo: Civilização Brasileira, 2001. Livro I. (18ª ed.).

_____. **A Origem do Capital – A Acumulação Primitiva**. 3ª ed. São Paulo: Global Editora e Distribuidora LTDA, 1979.

MATURANA, Romicim Humberto & Verden – Zöller. **Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano do patriarcado à democracia.** São Paulo: Palas Athena, 2004.

MÉSZÁROS, István. **A Crise Estrutural do Capital.** São Paulo: Editora Boitempo, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo, Hucitec, 12ª Ed., 2010.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Cuidados Sociais Dirigidos à Família e Segmentos Sociais Vulneráveis.** In: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, mod. 04. Brasília: UnB, CEAD, 2000.

_____. O Desafio da Pesquisa Social. In. MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MOTA, Ana Elizabete. **Redução da pobreza e aumento da desigualdade: um desafio teórico-político ao serviço social brasileiro.** As ideologias da contrarreforma eo serviço social. Recife: Ed. UFPE, 2010.

NAPPO, Solange Aparecida. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST-AIDS.** Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas e Unifesp, 2004.

NASSER, Ana Cristina Arantes. **Sair para o Mundo: Trabalho, Família e Lazer na Vida dos Excluídos.** São Paulo. Edutira Hucitec, Fapesp, 2001.

NEVES, Delma Peçanha. “Comentário” e “Comentários dos assessores sobre o perfil da população de rua” In: ROSA, Cleisa M.M. (org.). **População de Rua: Brasil e Canadá.** São Paulo: Hucitec, 1995

NOGUEIRA, Vera Maria Regina. MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde.** In: MOTA, A. E. et al (Org). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo, OPAS, 2006ª. p. 273-303.

NOGUEIRA, Vera Maria Regina. MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais.** In: MOTA, Ana Elizabete et al., (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. MIOTO, Regina Celia Tamaso; **Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional.** Revista Katálýsis, 2013, 16: 61-71.

OLIVEIRA, Walter F. de. (2004). **Educação social de rua: as bases políticas e pedagógicas para uma educação popular.** São Paulo: Artmed. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n1/07.pdf>> Acesso em: 20 set. 2013.

PEREIRA, Camila Potyara; SIQUEIRA, Marcos César Alves. **Criminalização da Mendicância e a Realidade da População de Rua no Brasil.** XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, julho a agosto de 2010.

PRATES, J. C., ABREU, P. B., CEZIMBRA, L. **A Mulher em Situação de Rua.** Porto Alegre: Federação Internacional de Universidades Católicas: EDIPUCRS, 2004.

PRATES, Jane Cruz, Carlos Nelson REIS, and Paulo Belmonte de ABREU. **Metodologia de pesquisa para populações de rua: alternativas de enfrentamento pelo Poder Local.** Revista Serviço Social & Sociedade. Ano XXI, n. 64. Novembro de 2000.

PRATES, Jane Cruz et al. **A Política de Inclusão para Populações em Situação de Rua no Brasil e o desafio da Integralidade.** <Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anaais/sipinf/edicoes/I/13.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2014.

PRATES, Jane Cruz. PRATES, Flavio Cruz. MACHADO, Simone. **Populações em Situação de Rua: Os Processos de Exclusão e Inclusão Precária Vivenciados por esse Segmento.** Temporalis, Brasília (DF), ano 11, n.22. p. 191-215, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/1387/1585>> Acesso em: 22 set. 2013.

ROSA, Anderson da Silva, CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco, BRETAS, Ana Cristina Passarella. **O Processo Saúde-Doença-Cuidado e a População em Situação de Rua.** In: Revista Latino Americana de Enfermagem vol. 13, nº 04. Universidade de São Paulo, julho-agosto de 2005.

SANTOS, Milton. **A urbanização Brasileira.** São Paulo: Editora da universidade de São Paulo, 2008.

SARTI, Cynthia. **Famílias enredadas.** In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Org.) Família: rede, laços e políticas públicas. 3ª edição. São Paulo, Editora Cortez, 2007.

SILVA, Rosemeire Barboza da. **O Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis: Atores, Governança, Regulação e Questões Emergentes no Cenário Brasileiro.** In Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis. V. 03, nº 02. Florianópolis, julho/dezembro de 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/CASA/Downloads/882-34485-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 set. 2014.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Trabalho e População em Situação de Rua no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, Felicialle Pereira da. FRAZÃO Iracema da Silva. LINHARES Francisca Márcia Pereira. **Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua.** In: Cadernos de Saúde Pública vol.30 no.4. Rio de Janeiro Abril de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2014000400805&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 24 fev. 2015.

SIMIONATO, Ivete. **Caminhos e Descaminhos da Política de Saúde no Brasil.** Revista inscrita –CFESS, ano I, n.1, Nov, 1997.

SOUZA, Sabrina da Silva de; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; MEIRELLES, Betina Hömer Schlindwein. **Representações Sociais Sobre a Tuberculose.** Revista Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, n. 1, 2010. p. 23-28. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/04.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

SPOSAT, Aldaísa; FALCÃO, Maria do Carmo; Fleury, Maria T. **Os Direitos dos [Desassistidos] Sociais**. Editora Cortez, 3ª ed. São Paulo, 1995.

TIENE, Izalene. **Mulher moradora na rua: entre vivências e políticas sociais**. Editora Alínea, 2004.

TUMELERO, Silvana Marta. NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Estratégias de Ação Intersetorial nas Políticas Públicas**. In: Serviço Social: Questão Social e Direitos Humanos. Editora da UFSC, 2014.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. **Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde**. Revista Saúde e Sociedade, v.13, n.1, jan.-abr. 2004. p. 56-69. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/07.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

VASCONCELOS, Ana Maria de. São Paulo. Editora Cortez **A Prática do serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 7ª edição, 2011.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. Cortez Editora, 1993.

APÊNDICE A – Roteiro para entrevista

ROTEIRO PARA ENTREVISTA: SERVIÇO SOCIAL, POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Identificação:

- a) Iniciais:
- b) Sexo:
- c) Idade:
- d) Naturalidade:
- e) Local de permanência:
- f) Escolaridade:
- g) Exerce atividade laboral (qual, onde?):
- h) Rede de apoio social (situação de vínculos familiares):

Trajatória na Rua:

- a) Histórico da situação de rua:
- b) Motivos da “ida para as ruas”:
- c) Percepções acerca do “estar” em situação de rua:

Acesso e relação com serviços de atenção à saúde:

- a) Quais serviços você procura quando sente-se doente?
- b) O que é saúde e quando é necessário procurar um serviço de saúde?
- c) O que você espera do atendimento em saúde?
- d) Quais profissionais você identifica como sendo da área da saúde?
- e) Como você avalia o atendimento de saúde que já recebeu?

Percepções e relações com o Serviço Social na área da saúde:

- a) Quando procurou atendimento em saúde você recebeu atendimento do Serviço Social?
- b) Em caso positivo, quais intervenções profissionais você identificou (encaminhamentos, abordagens, etc)?
- c) Ainda em caso de resposta positiva à questão (a) sua procura pelo Serviço Social foi espontânea ou foi referenciada?
- d) Ainda em caso de resposta positiva à questão (a) reflita sobre quais são suas percepções, entendimentos, expectativas, dúvidas, críticas, etc sobre o exercício profissional do assistente social no âmbito da saúde com base em suas experiências

Observações:

**APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido
(TCLE)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**SERVIÇO SOCIAL, POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

Meu nome é Patrícia Fraga, sou responsável pela pesquisa intitulada **“Serviço Social, População em Situação de Rua e Urgência e Emergência Hospitalar”** desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Esta pesquisa tem como objetivo problematizar o exercício profissional do Serviço Social frente as demandas apresentadas pela população em situação de rua no contexto de urgência e emergência hospitalar.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, respondendo a algumas perguntas por meio de uma entrevista. Esclareço que as informações serão mantidas em sigilo e utilizadas somente neste trabalho. Seu nome não será citado em nenhum momento e sua participação nesta pesquisa é voluntária, podendo, portanto, negar-se a participar da mesma a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer efeito negativo à sua pessoa ou família.

Se tiver alguma dúvida em relação a este estudo poderá entrar em contato pessoalmente ou por telefone com a pesquisadora no (48) 8437-2152.

Helder B. De Moraes Sarmiento
(Orientador)

Patrícia Fraga
(Pesquisadora)

Consentimento Pós-informação:

Eu, _____,
fui esclarecido (a) sobre a pesquisa intitulada “**Serviço Social, População em Situação de Rua e Urgência e Emergência Hospitalar**”, concordo em participar e autorizo que meus dados sejam utilizados pela pesquisadora.

Florianópolis, _____ de _____ de 2014.

Assinatura: _____